UNIVERSITE DE LAUSANNE
ECOLE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

LA STRUCTURE PSYCHOLOGIQUE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE AU TRAVERS DU TEST DE RORSCHACH

THESE

présentée à l'Ecole des Sciences Sociales
et Politiques de l'Université de Lausanne
pour obtenir le grade de
docteur en psychologie

par

HUGUETTE CAGLAR

MONTREAL
IMPRIMERIE MARATHON
1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546820_0022

UNIVERSITE DE LAUSANNE
ECOLE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

LA STRUCTURE PSYCHOLOGIQUE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE AU TRAVERS DU TEST DE RORSCHACH

THESE

présentée à l'Ecole des Sciences Sociales
et Politiques de l'Université de Lausanne
pour obtenir le grade de
docteur en psychologie

par

HUGUETTE CAGLAR

MONTREAL
IMPRIMERIE MARATHON
1977

IMPRIMATUR

Le Conseil de l'Ecole des Sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.

Sur proposition d'une Commission formée par

MM. les Professeurs Jacques BERGIER, Francis GENDRE et Meier TIMSIT (Université de Liège),

sans se prononcer sur les opinions de la candidate, autorise l'impression de la thèse de Madame Huguette CAGLAR, intitulée:

LA STRUCTURE PSYCHOLOGIQUE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE AU TRAVERS DU TEST DE RORSCHACH

Le Président de l'Ecole

Rémy DROZ

Lausanne, le 17 novembre 1977.

UNIV. LEIDEN BIBL.

INTRODUCTION

L'usage de drogues parmi les adolescents de nos sociétés est devenu à notre époque un fait culturel, rapidement transformé en problème social par la progression importante de la toxicomanie juvénile.

– En Suisse: pays peu touché, le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une poursuite pénale pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants passe:
de: 521 en 1969
à: 2313 en 1970
3680 en 1971
3882 en 1972
4836 en 1973

(chiffres communiqués par le Ministère Fédéral).
Il est évident que ces chiffres ne reflètent pas la véritable importance de la toxicomanie en Suisse.

En 1971, le nombre de toxicomanies autres que l'alcool est estimé à 13,000, soit 0,2 % de la population. (1) En 1976, dans le canton de Vaud, 692 personnes ont eu un premier contact avec les services spécialisés pour toxicomanies. Sur ces 692 toxicomanes, on relève 310 nouveaux cas d'héroïnomanie (45%). Le nombre des héroïnomanes dans le canton de Vaud représente 1 °/oo de la population totale suisse ou 6 °/oo de la population juvénile.

– En Suède: selon le Dr. Nils Bejerot, le nombre des amphétaminomanes à Stockholm passait de 1,000 en 1960 à 10,000 en 1968.

– Aux Etats-Unis: les statistiques publiées par le Bureau Fédéral des Narcotiques montrent une ascension continue des grands toxicomanes depuis huit ans.

En 1963: 20,000 cas de toxicomanie sont dénombrés.
En 1965: 57,199, dont 52,793 héroïnomanes, 1,111 morphinomanes et 86 opiomanes.
En 1969: 68,088
En 1972: on pense que le nombre des héroïnomanes adultes et jeunes s'élèverait à 100,000.

En février 1977, lors de la réunion de la Commission des Stupéfiants de l'ONU à Genève, la délégation américaine fait connaître que le nombre des personnes consommant de l'héroïne aux Etats-Unis atteint le demi-million.

Cet accroissement de la consommation de substances toxiques s'accompagne d'autres phénomènes tout aussi alarmants.

L'âge moyen des drogués accuse un abaissement continu: 15 ans selon le rapport de Louis Stévenin présenté au Colloque Franco-allemand de Brauweiler en juin 1970. La pathologie mentale et surtout le taux de suicide vont en augmentant parmi cette population. Claude Olievenstein dans son étude "Les tentatives de suicide chez les toxicomanes actuels" (1974) relève quelques chiffres significatifs

(1) Alcoolisme et autres toxicomanies. Données statistiques. SAS, Lausanne, 1975

(2) A. Braconnier et C. Olievenstein, "Les tentatives de suicide chez les toxicomanes actuels", in: Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1974, 22 (10-11), 677–693.

extraits des plus récents travaux consacrés à ce sujet (2): selon Retterstol, la proportion de suicide chez les toxicomanes norvégiens serait de 60 à 80 fois plus élevée que dans la population norvégienne; aux Etats-Unis, le taux de suicide, estime O'Donnel, serait presque 5 fois plus grand chez les toxicomanes que dans la population générale; quant à celui des garçons héroïnomanes, en Angleterre, il serait 50 fois plus élevé que celui de la population masculine générale du même âge, d'après P. James.

L'ampleur de la consommation de drogues par les jeunes de nos sociétés, et les conséquences néfastes qu'elle engendre, expliquent l'important courant de réflexions et de recherches qui s'est développé depuis quelques années autour de la toxicomanie juvénile. L'adolescent toxicomane est devenu l'objet d'étude privilégié de nombreuses disciplines souvent proches, quelquefois éloignées, parfois même opposées: neuro-physiologie, biologie, psycho-pharmacologie, psychiatrie, psychanalyse, psychologie, sociologie . . .

Face à cette multitude de travaux, on peut alors s'interroger: pourquoi cette recherche? Pour deux raisons, essentiellement.

– Tout d'abord, parce que les conclusions des recherches effectuées dans certaines de ces disciplines sont trop souvent contradictoires et reposent, par-là même, le problème fondamental de l'origine de la toxicomanie et, par voie de conséquence, celui non moins fondamental des mesures à prendre pour faire front à la montée de l'addiction juvénile. Ainsi, la toxicomanie trouverait son origine soit dans certains types de systèmes éducatifs, soit dans des conditions socio-culturelles défavorables, soit encore dans des désordres de la personnalité. Dès lors, comment parer au malaise? En portant les efforts dans le domaine de la médecine, dans celui de l'éducation, de la justice ou des réformes sociales?

– D'autre part, parce qu'après une revue qui, cela va de soi, ne se prétend pas exhaustive malgré la lecture d'un nombre élevé de publications de recherches sur l'adolescent toxicomane, une lacune nous est apparue: l'absence, à notre connaissance, de recherche (ou de publication) utilisant les méthodes projectives pourtant reconnues comme l'un des meilleurs instruments de la méthode clinique en psychologie.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de tenter de rechercher, à l'aide du test de Rorschach, dans le domaine particulier que nous voulons étudier – la personnalité de l'adolescent toxicomane – à quel registre appartiennent ces adolescents. En d'autres termes, la consommation de drogues faite par une fraction des jeunes de notre société actuelle s'inscrit-elle dans une crise d'adolescence vécue de façon plus vive, plus aiguë? Est-elle liée à certaines caractéristiques psychologiques ? Ou à certains troubles psychiques plus ou moins graves, névrotiques, psychotiques ?

Mais, avant de présenter notre essai de contribution à l'étude de la personnalité du jeune drogué, nous pensons utile de consacrer un temps à la discussion de la littérature existante relative au phénomène de l'addiction juvénile.

– Dans le chapitre I, nous exposerons donc quelques modèles explicatifs de la toxicomanie juvénile.

– Dans le chapitre II, nous procéderons à une revue critique de recherches récentes sur la personnalité de l'adolescent toxicomane.

– Dans le chapitre III, nous présenterons notre recherche.

– Dans le chapitre IV, nous analyserons et discuterons nos résultats.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSE DE QUELQUES MODELES EXPLICATIFS DE LA TOXICOMANIE JUVENILE

Ce qui retient très vite l'attention lors de la lecture des comptes rendus des recherches entreprises par les spécialistes des disciplines qui se sont intéressées au problème de la toxicomanie juvénile, c'est l'unicité explicative dont font preuve fréquemment les tenants de chaque discipline. Bien que le matériel recueilli soit généralement de nature variée: sociologique, psycho-pharmacologique, psychologique, psychiatrique, la cause unique ou première de la toxicomanie relèverait de l'un ou de l'autre de ces domaines, mais plus rarement de l'un et de l'autre.

Pour étayer cette affirmation, sans trop nous y attarder, nous citerons les conclusions de recherches menées, les unes dans une perspective psychiatrique, les autres dans une perspective plus sociologique.

La première est celle réalisée par Léon J. Hekimian et Samuel Gershon sur les "Characters of drugs abusers admitted to a psychiatric hospital". (3)

Cinq groupes de toxicomanes (112 sujets au total): héroïnomanes, usagers de marijuana, amphétaminomanes, consommateurs d'hallucinogènes ou de drogues psychédéliques, polytoxicomanes, hospitalisés pour abus de drogues ou demande de sevrage, furent soigneusement examinés du point de vue psychiatrique, motivationnel, sociologique, psycho-pharmacologique durant quinze jours, àraison dedeux à trois interviews par sujet.

Pour tous les groupes examinés, les auteurs relevèrent une incidence significative de sérieux troubles psychiatriques antérieurs.

Schématiquement, nous pouvons dire que:

- 50% des héroïnomanes présentaient déjà une personnalité sociopathique ou de sérieux troubles caractéristiques de ce type de personnalité avant l'entrée dans la toxicomanie.
- 75% des usagers de marijuana,
- 40% des amphétaminomanes,
- 50% des consommateurs d'hallucinogènes et
- 30% des consommateurs de mescaline,

étaient déjà considérés comme schizophrènes ou traités pour schizophrénie.

Nous reproduisons le tableau I de l'étude de Hekimian et Gershon, non seulement parce qu'il donne en détail la nature des autres troubles psychiatriques préexistants, mais surtout parce qu'il renferme aussi deux autres catégories de données que nous estimons importantes:

- au niveau de la famille: l'existence d'une toxicomanie ou de troubles psychiatriques,
- au niveau des sujets examinés: les motivations à l'usage de drogues.

(3) Journal of American Medical Association, vol. 205, no 3, July 15, 1968, pp. 75–80.

TABLEAU 1 – Histoire et données antérieures à l'admission

Nombre de patients par catégorie	Age moyen	Sexe M	Sexe F	Histoire de la famille: abus de drogues ou traitement psychiatrique	Raison donnée par le patient pour expliquer l'usage de drogues: Désir d'euphorie	Influence: amis ou entourage	Curiosité	Autres raisons ou aucune	Autres drogues prises	Traitement psychiatrique antérieur	Diagnostic psychiatrique antérieur à l'usage de drogues: Schizophrénie	Personnalité psychopathique	Autres désordres de la personnalité	Dépression névrose ou autre
Héroïne														
22	29.5	21	1	*	*	*	*	*	19	*	2	11	2	7
10	29.9	10	0	2	6	2	2	0	9	7	0	3	2	5
Marijuana 8	24.4	6	2	1	3	4	0	1	6	7	6	0	1	1
Amphétamines 22	24.8	18	4	5	12	4	2	4	18	13	9	4	2	7
Hallucinogènes 47	22	34	13	12	19	9	12	7	40	24	23	6	10	8
Divers 13	31.3	5	8	0	8	3	1	1	12	11	3	3	2	5

** Des données complètes n'ont pas été obtenues*

Néanmoins, pour Léon Hekimian et Samuel Gershon, les seuls éléments explicatifs à retenir sont: l'existence de troubles psychiatriques antérieurs d'une gravité certaine, l'élément profond de dépression commun à tous les toxicomanes, et le désir d'euphorie.

Ainsi la présence, pour plus de 25% des consommateurs d'hallucinogènes, d'une toxicomanie ou de troubles psychiatriques dans la famille n'est pas considérée par ces auteurs comme un facteur déterminant dans le développement d'un noyau toxicomaniaque de la personnalité. De même, l'existence pour 20% des héroïnomanes d'une toxicomanie chez l'un des membres de leur famille est simplement assimilée à "un facteur d'environnement", ou à "un facteur de contagion" qui ne ferait que se superposer à une déviance sociopathique, et les auteurs concluent: "Il n'est pas prouvé que le penchant pour les narcotiques ait une base génétique ou familiale".

Mais, il semble probable que Hekimian et Gershon sous-estiment beaucoup trop l'importance de ce facteur, puisque les travaux de R.G. Smart et E. Alexander (4) mettent en évidence une corrélation positive entre la consommation élevée de médicaments psychotropes par les parents et l'usage illicite de drogues par les enfants.

Le tableau suivant illustre ce phénomène sous l'angle de la comparaison mère-enfants et met en évidence les deux faits:

	Pourcentage de collégiens-consommateurs groupés par substance psycho-active										
	Alcool	*Marijuana*	*Haschich*	*Colle*	*Barbituriques*	*Stimulants*	*Tranquillisants*	*Opiacés*	*Amphétamines I.V.*	*L.S.D.*	*Autres Hallucinogénes*
Groupe de collégiens dont les mère n'ont jamais pris de tranquillisants	*67,4*	*9,7*	*8,3*	*6,1*	*3,6*	*6,3*	*5,6*	*2,4*	*3,8*	*5,9*	*3,8*
Groupe de collégiens dont les mères prennent des tranquillisants moins d'une fois par semaine	*78,6*	*15,0*	*13,7*	*9,5*	*7,8*	*12,0*	*21,5*	*3,8*	*7,0*	*9,0*	*6,7*
Groupe de collégiens dont les mères prennent chaque semaine des tranquillisants	*79,7*	*22,4*	*21,5*	*13,0*	*15,9*	*21,5*	*30,5*	*8,1*	*12,1*	*15,9*	*12,3*
Groupe de collégiens dont les mères prennent des tranquillisants presque chaque jour	*82,0*	*35,9*	*32,5*	*21,4*	*27,3*	*31,7*	*40,0*	*21,4*	*25,6*	*28,8*	*24,0*

(4) "Drug use among high school students and their parents in Lincoln and Welland Countries", in: Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto, 1970. Article cité par H. Solms en tant que communication personnelle dans: Jeunesse, drogue, société en Suisse, 1970-1972, Payot, Lausanne.

Répartition des collégiens usagers de substances psycho-actives en fonction des habitudes de consommation de tranquillisants chez leurs mères: proportion des collégiens-usagers dans chacun des 4 groupes de mères. Echantillon de 5,900 collégiens interrogés à l'aide d'un questionnaire anonyme. (R.G. Smart et coll.)

1. les collégiens consommateurs se recrutent de préférence dans les familles où les mères utilisent de façon quasi quotidienne des tranquillisants;
2. le nombre de collégiens usagers de drogues illicites augmente de façon très significative en fonction de l'importance de la consommation de tranquillisants faite par la mère.

Ainsi, 36% des enfants de mères grandes consommatrices avaient déjà fumé de la marijuana, 40% absorbaient des tranquillisants, 29% du LSD, 22% avaient recours aux opiacés, tandis que chez les mères non consommatrices, les pourcentages de collégiens usagers n'étaient respectivement que de 10%, 6%, 6%, 2%.
(Les mêmes phénomènes se retrouvent dans la comparaison père-enfants .)

Le point de vue selon lequel l'usage de drogues serait motivé par des troubles de la personnalité est adopté par de nombreux auteurs.

Dans leur étude "Psychiatric Aspects of Drug Addiction" (5) Abraham Wikler et Robert Rasor avancent les hypothèses suivantes: les individus névrotiques rechercheraient un soulagement à leur anxiété ("négative euphoria"), tandis que le but des psychopathes serait l'accès à un état d'élation ("positive euphoria"); chez les sujets psychotiques, les drogues seraient consommées pour soulager les sentiments de dépression.

Les conclusions de Eddy, N.B., et al. (6), de M. Blumensfield et M. Glickman (7) rejoignent celles de Hekimian et Gershon, exposées en détail.

Et le Prof. M. Burner de Lausanne résume bien la thèse psychiatrique lorsqu'il écrit: "La plupart des toxicomanes sont des malades déséquilibrés, caractériels, désadaptés qui n'ont que la drogue pour éviter les difficultés et les déceptions de leur existence et y trouver un plaisir".(8)

A l'opposé, se situent les auteurs qui attribuent au milieu familial l'origine de la toxicomanie, et cela pour des raisons très diverses: niveau socio-économique, dissociation familiale, système éducatif, usage abusif de tranquillisants et de somnifères par les parents, santé mentale des parents.

Pour illustrer cette position, nous citerons la recherche de Clara Torda "LSD Users – Character Structure and Psychodynamic Processes" (9), parce que ses conclusions vont à l'encontre de celles de Hekimian et de Gershon, bien que tirées d'un matériel assez semblable par sa richesse et par sa qualité, recueilli également sur une population présentant des troubles psychiatriques ou psychologiques d'intensité variable.

(5) American Journal of Medecine, Vol. 14, 1953, pp. 566-570.

(6) "Drugs Dependance: its significiance and characteristics", in: Bull. WHO 32: 728-729, 1965.

(7) "Ten Months Experience With LSD Users Admitted to County Psychiatric Receiving Hospital", in: New York J. Med. 67: 1948-1953.

(8) "Dangers de la drogue et santé mentale", in: Jeunesse, drogue, société en Suisse, 1970-1972.

(9) New York J. Med., 69 (no 16) – July, 2243-2247.

En effet, pour Clara Torda la toxicomanie serait imputable à la personnalité des parents et au système éducatif qu'ils pratiquent. L'auteur arrive à ces conclusions à partir des réponses significatives fournies au "Biological Personality Assessment Test" par 50 usagers de LSD et 50 non-usagers, strictement appareillés quant à l'âge, au sexe, à la classe sociale, aux intérêts, à l'intelligence, au statut mental (Weschler-Bellevue, Rorschach, T.A.T. et observations cliniques) et par leurs parents.

Le choix de l'instrument nous a paru intéressant parce que susceptible de fournir des renseignements assez complets sur l'élevage et la qualité de la relation primitive mère-enfant dont l'incidence sur le développement de l'enfant, en particulier dans l'étape capitale du désillusionnement, a été mise en évidence par Winnicott (10). Et il est impossible de souligner l'importance de l'élevage, du "maniement" du nourrisson ("holding") et surtout de la "préoccupation maternelle primaire" sans les relier à la définition que Winnicott donne de la toxicomanie: "on peut définir la toxicomanie en termes de régression au stade primitif où les phénomènes transitionnels ne sont pas mis en cause".

Or, il s'avère qu'au Biological Personality Assessment Test, les parents des sujets toxicomanes se révèlent être des parents anxieux, consciencieux, travailleurs, mais présentant des tendances dépressives et masochistes, un Surmoi sévère. Extrêmement sensibles à leurs erreurs et insuffisances, ils se réfugient dans un monde imaginaire rêvant pour leur enfant, qu'ils aiment d'un amour authentique, d'une éducation sans contrainte qui lui assurerait bonheur et succès. Ainsi, au lieu de fortifier chez lui la tolérance à la frustration, ils vont en le privant très tôt d'un indispensable entrainement à résoudre lui-même ses problèmes et en ne lui permettant pas, par conséquent, de développer ses capacités à le faire, augmenter sa sensibilité à la frustration, alors que ces sujets "étaient nés avec un Moi potentiellement fort".

Mais les positions adoptées par d'autres tenants de la thèse sociologique sont totalement divergentes. S'ils mettent également l'accent sur l'importance du milieu familial, c'est dans une atmosphère bien différente.

Ainsi, C.M. Rosenberg dans son étude de 1969 sur la personnalité de l'adolescent toxicomane à l'aide du M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (11), relève certaines caractéristiques chez les familles des jeunes drogués: ces sujets viennent de familles issues de la classe ouvrière, la maladie mentale (62%), l'alcoolisme (46%), la drogue, les dissociations familiales, l'absence ou la mauvaise qualité des relations parents-enfants (avec le père, notamment: 50%), ont une grande incidence sur l'abus de drogues par les jeunes nés dans ces familles.

Se basant sur ces résultats et ceux obtenus en 1965 par I. Chein (12), Rosenberg avance l'idée d'un lien entre les désordres de la personnalité chez les adolescents toxicomanes et ces caractétistiques familiales.

Dans une recherche ultérieure, 1971, "The Young Addict and His Family" (13), Rosenberg va tenter de valider cette thèse en vérifiant l'hypothèse de l'exis-

(10) De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1969.

(11) "Young Drug Addicts: Background and Personality", in: The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 148, no 1, 65-73, 1969.

(12) "The Use of Narcotics as a personal and social problem", in: Narcotics (D. M. Wilner and G. G. Kassebaum, eds). New York: Mc Graw-Hill.

(13) Brit. J. Psychiat. (1971), 118, 469-70

tence de troubles psychiatriques chez les autres membres de la fratrie du toxicomane, postulés à partir des conditions éducatives et du milieu familial identiques.

Au terme d'une étude comparative portant sur 35 drogués hospitalisés pour abus de toxiques (âges de 14 à 21 ans, âge moyen de 17ans 2 mois), et de leurs 52 frères et soeurs (âges de 13 à 25 ans, âge moyen de 17ans 8 mois), l'auteur en arrive à conclure que les toxicomanes ne se distinguent de leurs frères et soeurs que par le degré plus profond que revêt chez eux les troubles de la personnalité.

En effet, la fréquence des traits névrotiques manifestés par les drogués durant leur enfance ne les différencie pas de façon significative de leurs soeurs, ni de leurs frères sauf pour la timidité. S'ils ont présenté plus de traits anti-sociaux et de conduites anti-sociales, cela les différencie seulement de leurs soeurs. 90% de tous les sujets issus de ces familles ont établi une relation très étroite avec leur mère. Par contre, les toxicomanes sont plus nombreux (63%) à percevoir leur père comme brutal, absent, n'ayant jamais exercé aucun contrôle ou un contrôle incohérent, mais la différence n'est pas significative. Cependant, Rosenberg situe l'origine de la profondeur des troubles de la personnalité du drogué dans son incapacité à s'identifier de façon positive à un père pour lequel il ressent une intense agressivité. Car pour cet auteur, les facteurs déterminants de la toxicomanie se sitent au niveau des caractéristiques de certaines familles.

Ainsi, l'état mental de plus d'un tiers des parents des toxicomanes hospitalisés, ou des membres les plus âgés de la fratrie, avait nécessité ou réclamait un traitement psychiatrique. De même, l'abus de l'alcool ou de drogues prédominait chez les pères et les frères présentant des troubles du comportement, tandis que les symptômes névrotiques ou dépressifs étaient plus fréquents chez les mères et chez les soeurs.

Et, Rosenberg conclut que la consommation de drogues ne serait pas seulement la manifestation des troubles de la personnalité de l'adolescent qui s'y adonne, mais surtout le symptôme d'un problème familial beaucoup plus vaste et plus profond.

Dans une optique semblable, D.S. Bell et W. H. Trethowan (14) ne purent identifier un type de personnalité commun aux 14 usagers d'amphétamines qu'ils étudièrent. Par contre, ils trouvèrent une forte influence de la maladie mentale des parents, de leur dépendance aux drogues et à l'alcool.

Une première tendance apparaît déjà après la présentation de ces quelques modèles explicatifs de l'addiction juvénile: la propension générale manifestée par leurs représentants à ramener l'explication causale de la toxicomanie à un seul facteur: sociologique, psychiatrique, éducatif etc. . . ou à trop minimiser l'importance des autres facteurs lorsque ceux-ci sont pris en considération.

C'est pourquoi la démarche réflexive du Prof. H. Solms de l'Université de Fribourg, dans son analyse conjointe des facteurs psychologiques et sociologiques des tendances toxicophiliques nous paraît plus fructueuse. (15) (16)

Pour l'auteur, les tendances toxicophiliques ne sont pas innées. Elles peuvent surgir chez des sujets présentant des structures psychologiques diverses, lorsque

(14) "Amphetamine Addiction", in: J. Nerv. Ment. Disease, 133, 489-496, 1961.

(15) Solms H., "Les toxicomanies nouvelles" in: Jeunesse, drogue, société en Suisse 1970-1972, Payot, Lausanne, pp. 127-140.

(16) "La nostalgie des mondes de l'imaginaire", idem. pp. 89-96.

certaines conditions se trouvent réunies. Chez les sujets toxicophiliques, les processus d'identification et d'incorporation des imagos parentales, indispensables au bon développement de la personnalité, auraient été empêchés par des carences affectives précoces. Chez les toxicophiles, l'insatisfaction durant la petite enfance de leurs besoins pulsionnels va les rendre très dépendants de leurs besoins physiologiques, puisqu'ils ont été incapables de les transformer en désirs psychiques. Or, c'est précisément ces besoins pulsionnels égocentriques que notre société d'abondance et de consommation, avive, sollicite constamment. Et c'est cette même société qui, selon l'auteur, serait responsable des "toxicomanies nouvelles", c'est-à-dire de l'usage abusif de médicaments qui sévit également parmi la population adulte. Les caractères contradictoires de cette société, à la fois technologique et de consommation, placent l'homme dans une situation conflictuelle. D'un côté, la société exige de lui une adaptation parfaite à sa réalité technologique, une participation active à un rendement toujours croissant, alors que de l'autre elle ne cesse, à coups de publicité agressive, de solliciter ses désirs fantasmatiques. Pour échapper à la tension qui en résulte, les adultes choisissent la voie la plus rapide, la plus facile: le recours toujours grandissant à des substances pharmaceutiques toujours plus variées.

Quelles conclusions tirer au terme de cet exposé de quelques thèses explicatives de la toxicomanie juvénile?

Deux réalités apparaissent:

- réflexions et recherches tournent toujours autour de la question: pourquoi devient-on toxicomane?
- et le schéma explicatif prévalent dans la littérature consiste à opposer une seule réponse à une question qui, en fait, en recouvre plusieurs.

Ce schéma nous paraît donc trop simple.

En effet, cet essai de regroupement de travaux visant à une approche expérimentale du toxicomane dans sa spécificité individuelle met en évidence *une pluralité de facteurs* qui pèsent, selon toute probabilité, sur l'installation d'une toxicomanie: structure psychologique de base, conditions socio-économiques et socio-culturelles, milieu familial à différents niveaux: système éducatif, dissociation familiale, santé mentale, alcoolisme ou conduites socio-pathiques des parents, effets psycho-pharmacologiques.

Aussi, nous semble-t-il faux de vouloir a priori poser une causalité unidimensionnelle ou unilatérale à l'usage de drogues parmi les jeunes.

Pour notre part, nous pensons que tous ces facteurs: biologiques, psychologiques, sociaux, relationnels, familiaux, s'imbriquent et s'inscrivent sur un fond constitutionnel de personnalité. C'est leur poids respectif, leur influence réciproque chez un sujet présentant une certaine structure psychologique et placé dans un certain contexte familial et social, qui feront que ce sujet se servira de la toxicomanie par un mécanisme d'ajustement.

C'est dire que nous adhérons pleinement à la prise de position du Dr. Yves Pélicier, lorsqu'il écrit: "Les toxicomanies résultent de la rencontre d'une personnalité et d'un toxique dans une certaine conjoncture. Tout compte: la personnalité, la conjoncture et le toxique pas moins". (17)

(17) Yves Pélicier et Guy Thuillier, La drogue, Que sais-je? PUF, 1971.

C'est à l'étude de l'un de ces facteurs de la toxicomanie juvénile, – la personnalité –, que notre recherche souhaiterait pouvoir contribuer, sans pour autant rejeter ou sous-estimer l'importance des autres facteurs.

CHAPITRE II

REVUE CRITIQUE DE RECHERCHES RECENTES SUR LA PERSONNALITE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE

De nombreuses recherches sur la personnalité de l'adolescent toxicomane ont déjà été réalisées, principalement dans les pays Anglo-Saxons et au Canada.

Grosso modo, ces recherches peuvent être classées dans deux catégories selon la méthode utilisée: les unes sont d'approche purement clinique, les autres entrent dans la catégorie des études comparées.

I. EXPOSE

1. Les études cliniques :

Le matériel obtenu dans ce type de recherches est constitué d'observations recueillies au cours d'entretiens psychiatriques, psychanalytiques ou de séances de thérapie: rêves, associations etc . . . (18), (19), (20).

C'est cette méthode qu'utilisent H. Weider et E. Kaplan (21) pour étayer leur thèse de l'existence d'une corrélation entre la prédilection pour une drogue et la présence de certains conflits et manques dans la structure psychologique de l'adepte de cette drogue.

Pour Weider et Kaplan, le besoin chronique de recours aux effets psycho-pharmacologiques subjectivement ressenti comme besoin impérieux est une conséquence d'une fixation ou d'une régression aux stades prégénitaux, et l'urgence du besoin de perpétuer les effets psycho-pharmacologiques est proportionnelle au degré de gravité de la pathologie du consommateur de drogues. Si la drogue induit un état régressif, constatent les auteurs, la structure de personnalité du toxicomane présentait déjà des tendances régressives. Ce sont ces fixations et ces régressions jointes au désir inconscient de régresser à un stade spécifique du développement qui déterminent le choix d'une drogue car, selon leur nature, les toxiques produisent divers états régressifs qui présentent des ressemblances certaines avec les phases spécifiques du développement de l'enfant, tel qu'il a été décrit par Margaret Mahler.

Six cas de toxicomanes, adeptes de 5 drogues différentes (amphétamines, opium, marijuana, drogues multiples, alcool), choisis parmi les nombreux cas de toxicomanie traités par les auteurs, illustrent leur thèse. A partir du matériel psychothérapeutique recueilli, Weider et Kaplan soulignent la similitude existant entre

(18) Fort, J.J. Heroin Addiction Among Young Men. Psychiatry, 17, 1954,251-259.

(19) Glass, Georges. Psychedelic Drugs, Stress and the Ego. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, vol. 156, no 4, 232-241.

(20) Savitt, R. Psychoanalytic Studies on Addiction, Ego Structure in Narcotic Addiction. Psychoanalytic Q., 32, 1963, 43-57.

(21) Drug Use in Adolescents. Psychoanalytic Study of the Child, 1969, 24, 399-431.

les états d'intoxication dus au LSD et la phase autistique normale. En effet, le LSD peut produire une psychose toxique qui phénoménologiquement ressemble fort à l'"éclatement de la coquille autistique" qui maintenait au-dehors les stimuli externes. "Le voyage" au LSD entraîne un changement dans l'image du corps, une altération dans la cathexis des représentations de soi et des objets, et facilite la production de fantasmes d'accomplissement de souhaits d'union et de fusion avec les objets perdus ou ardemment réalisés. Cet état régressif rappelle bien la période de transition entre l'autisme et la symbiose. Aussi, pour Weider et Kaplan, le "voyage" au LSD pourrait être une tentative pour reconquérir l'union autistique.

La léthargie rêveuse, la satiété béate et les fantasmes d'omnipotence recherchés et obtenus par la consommation d'opiacés rappellent le phénomène de régression narcissique de la phase symbiotique durant laquelle l'objet est perçu comme objet partiel, assouvisseur des besoins.

Quant à l'usage intensif d'amphétamines, il vise l'obtention d'une augmentation du sentiment de l'affirmation et de l'estime de soi, une meilleure tolérance à la frustration. L'agitation motrice contribue à donner l'illusion d'une activité qui favorise le déni de la passivité, et le renforcement des fonctions autonomes du Moi atténue la peur de la perte de l'objet qui habite l'usager d'amphétamines. L'état d'intoxication dû aux amphétamines n'est donc pas sans présenter de grandes similitudes avec la "période des essais" de la phase de séparation-individuation durant laquelle l'enfant paraît être au faîte de son état d'élation, au plus haut point de la croyance en sa toute-puissance magique.

Enfin, l'alcool et la marijuana, en faibles doses, semblent produire des effets similaires qui seraient essentiellement une diminution des défenses contre les conduites impulsives et les décharges pulsionnelles. Leur consommation entraîne une hyper-activité, une logorrhée, une augmentation de l'acuité de la perception externe et interne et, parfois, la décharge brusque des pulsions sexuelles et agressives. L'effet de ces drogues est donc une inhibition des fonctions du Moi et du Surmoi. Les auteurs soulignent la ressemblance existant entre ces états d'intoxication et la névrose infantile telle qu'elle a été décrite par Anna Freud, c'est-à-dire une régression du Moi et des pulsions permettant une disponibilité plus grande du Moi à l'égard des demandes du Ça; le but à atteindre étant une réduction du conflit interne.

— Herbert Hendin dans son étude sur l'usage de la marijuana parmi les étudiants (22) conclut au rôle spécifique que joue cette drogue pour les étudiants en butte à des problèmes d'agressivité, de compétition et de réussite, à partir d'observations obtenues au cours d'entretiens psychiatriques menés auprès de 15 grands consommateurs de marijuana et de la présentation très poussée et fort intéressante de 3 cas.

— En France, P. Delteil dans son "Etude psychanalytique des toxicomanies" (23) fait une synthèse des principaux apports de la psychanalyse dans la connaissance de la personnalité du toxicomane, synthèse qu'il étaye par la présentation de cas de jeunes drogués et par leurs témoignages très parlants. Dans le discours des toxicomanes sur les effets recherchés dans la consommation de drogues, Delteil retrouve:

(22) Marijuana abuse among college students. Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, Vol. 156, no 4, 259-271.

(23) Information Psychiatrique, 1971, sept., 47, no 7, 619-624.

- l'incapacité de ces sujets à être normalement heureux, à ressentir le plaisir de vivre. Tous, manifestent un important sentiment de malaise intérieur, de vide qui les conduit à rechercher le "super-plaisir" considéré par Sandor Rado comme le facteur essentiel dans la toxicomanie;
- l'ambivalence de ces sujets, la remarquable intensité de leurs pulsions agressives (déjà signalée par Abraham, Simmel et Glover), qu'ils projettent sur la société rendent la vie relationnelle fort difficile;
- l'intuition très grande, et fréquemment verbalisée, qu'ont les drogués du lien existant entre leur sentiment de malaise actuel et l'absence ou l'insuffisance des rapports affectifs précoces, notamment avec la mère.

Delteil rappelle que le mode de relation de type oral spécifique aux toxicomanes, déjà signalé par Freud en 1905 chez les sujets présentant des tendances toxicomaniaques, a retenu l'attention de nombreux psychanalystes: Rado, Robbins, Benedeck, Fénichel, Simmel qui se sont tous attachés à en souligner l'importance. Pour les psychanalystes, c'est l'absence d'internalisation d'une imago maternelle gratifiante qui explique la dépendance caractéristique des toxicomanes à un objet idéalisé et inaccessible qui a pour fonction de compenser le sentiment de vide, de manque intolérable.

Sur la base d'observations de toxicomanes en traitement, P. Delteil constate la généralité des sentiments d'avidité, d'impulsivité, de la dépendance vis-à-vis de l'entourage, tant sur le plan matériel qu'affectif, et surtout la généralité du besoin de satisfaction pulsionnelle immédiate. L'auteur insiste aussi sur l'indifférence de ces sujets aux aspirations et désirs de l'Autre, sur l'absence d'autonomie des objets qui, pour le toxicomane, ne sont que des "pourvoyeurs de nourriture".

Pour lutter contre ces tendances passives, le drogué adopte souvent une attitude de rejet du milieu familial, de ses normes ou de celles de la société "de consommation", tout en restant totalement dépendant de son entourage. Ce type de dépendance remarque P. Delteil est tout à fait caractéristique de la relation orale décrite par Maurice Bouvet: "Pour ces sujets, l'objet "significatif n'est qu'un "objet", c'est-à-dire qu'il n'est nécessaire que dans la mesure où il remplit une fonction, que la satisfaction instinctuelle peut être obtenue par le sujet usant de l'objet sans qu'entre en considération le plaisir de l'objet, son besoin, son consentement . . . La stabilité, la cohérence du Moi de ces sujets dépend étroitement de la persistance des relations objectales avec l'objet significatif. La perte de ces relations, ou de son objet, ce qui est synonyme, puisque l'objet, ici, n'existe qu'en fonction de ses rapports avec le sujet, entraine de graves désordres de l'activité du Moi, tels que phénomène de dépersonnalisation, troubles psychotiques . . . "

Enfin, le traitement des toxicomanes dégage de nombreux points de ressemblance entre la personnalité de ces sujets et celle des dépressifs chroniques: "Même fixation orale, avec ambivalence profonde et une incapacité à s'attacher aux objets réels sur un mode qui ne soit pas purement narcissique, même recherche d'objets idéalisés à caractère compensateur, même dépendance à l'égard du jugement de l'objet dans la régulation de l'estime".

Mais, contrairement au dépressif qui subit passivement sa souffrance dans laquelle il lui arrive quelquefois de trouver une certaine satisfaction masochiste, le toxicomane est totalement inapte à supporter ce sentiment de vide, de manque. Car, chez ces sujets le principe de réalité n'a pu se substituer au principe de plaisir: les toxicomanes sont tout aussi incapables d'ajourner la satisfaction de leurs désirs et de leurs besoins que de tolérer la frustration.

Cette recherche d'une satisfaction immédiate des désirs et des besoins, cette sensibilité pathologique aux états de tension seraient à rattacher, selon S. Rado, à des expériences traumatisantes précoces, survenues à un âge où la faiblesse du Moi ne lui permettait pas de les affronter.

L'intérêt de l'étude de P. Delteil, outre l'utile synthèse des différents travaux psychanalytiques portant sur les toxicomanies, réside dans la mise en évidence chez le jeune drogué de segments de personnalité dont certains ont été décrits, comme nous l'avons déjà dit, par Bouvet, mais aussi d'autres traits de personnalité spécifiques aux dépressifs-limites, tels que les a étudiés J. Bergeret dans son ouvrage "La dépression et les états-limites" (24).

Ainsi, nous retrouvons:

– Au niveau du Moi:

.. l'aspect lacunaire, vacuolaire, propre à l'état-limite, l'incomplétude narcissique primaire que le Moi va vainement tenter de combler. Il s'agit d'un Moi anaclitique car il a constamment besoin de l'autre pour se sentir narcissiquement complété, "pour tenter de réparer la profonde blessure narcissique primaire dont il a été victime et dont il n'a pu, jusque-là, opérer, ni l'acceptation, ni la cicatrisation, puisque de toute façon aucun narcissisme secondaire, même le mieux adapté, ne pourra revenir structurellement sur les failles originellement inscrites au registre du narcissisme primaire."

.. Le besoin d'affection immense et toujours inassouvi.

– Au niveau de l'Idéal du Moi et du Surmoi:

.. Un Idéal du Moi archaïque, bloqué, régi par le principe de plaisir, presque toujours externalisé et gratifié par l'action.

.. Un Surmoi atrophié qui fait que ces sujets se sentent moins "coupables" que "terrorisés" à l'idée de perdre l'amour, le soutien de l'autre.

.. L'impossibilité de satisfaire un Idéal du Moi resté mégalomaniaque et naïf du fait des fixations et des régressions, source de la déception narcissique menant à la dépression.

– Le narcissisme:

.. L'incapacité totale à couper le lien anaclitique, d'où la dépendance à l'égard de la mère, mais également à l'égard des deux parents préoedipiens.

.. L'absence de fonction intérieure du Moi assumant l'estime de soi qui ne peut venir que d'un objet extérieur. Dans une belle image, Bergeret compare cet état de narcissisme au tonneau des Danaïdes: "un appel incessant au remplissage par l'extérieur qui ne conduit à aucune complétude tant que la brèche initiale siégeant au fond laisse écouler le flot des apports successifs sans pouvoir en retenir suffisamment". (p.103)

– Enfin, au niveau de l'angoisse:

Il s'agit d'une angoisse de peur de perte de l'anaclitisme. C'est une angoisse latente: flottante, diffuse, constante, elle domine tout le tableau. L'apparition de cette angoisse de perte d'objet est aussi soudaine que brutale et peu symbolisée.

(24) Paris: Payot, 1975.

En conclusion, il est certain que le matériel clinique recueilli par l'approche clinique est extrêmement riche. Malheureusement, il risque de ne pas être toujours représentatif parce qu'il porte souvent sur un nombre de cas beaucoup trop limité et que des risques de subjectivité de la part de l'examinateur existent toujours.

Cependant, l'intérêt indéniable de certaines conclusions (travaux de Weider et Kaplan, en particulier) devrait inciter les chercheurs à poursuivre les recherches dans les voies ouvertes.

2. Les études comparées :

Les études comparées dans le domaine de la toxicomanie sont nombreuses. Elles se distinguent selon les buts visés.

C'est ainsi qu'il existe tout un courant de travaux qui cherchent à dégager les facteurs de personnalité susceptibles de favoriser l'installation d'une toxicomanie.

. . Dans une étude sur l'"Influence de l'anxiété sur l'usage des drogues fortes" (25), D. Cormier et C. Landreville à l'aide de l'échelle d'anxiété IPAT mettent en évidence chez l'usager de drogues dures (opiacés, barbituriques, amphétamines), non seulement un niveau d'anxiété plus élevé que celui du non-usager, mais encore une anxiété manifeste plus grande. Les auteurs concluent que la conscience qu'a l'usager de drogues dures de son anxiété pourrait constituer un facteur déterminant à l'usage de drogues dures.

. . Au moyen de "L'échelle de conception de soi du Tennessee" (26), D. Cormier cherche à cerner l'apport de l'estime et de l'acceptation de soi dans le fonctionnement de l'usager de drogues fortes (barbituriques, opiacés, amphétamines).

L'étude montre que ces sujets sont plus défensifs et présentent des images de soi très négatives, particulièrement en ce qui concerne le soi physique et le soi familial. D'où, une estime de soi insuffisante, un sens de l'identité précaire, un faible niveau d'acceptation d'eux-mêmes. Si bien que le fonctionnement de l'habitué de drogues fortes comparé à celui des différents groupes psychiatriques laisse apparaître chez lui un état de mésadaptation psychologique d'ordre caractériel et névrotique.

. . Dans une autre étude, D. Cormier, M. Bourassa et I. Landreville (27) s'intéressent à la tolérance à la frustration chez l'usager de marijuana, haschich, LSD.

Les résultats obtenus à l'aide du test de frustration de Rosenzweig, et contrairement à l'hypothèse de départ, montrent que les usagers comme les non-usagers répondent de façon extra-punitive, c'est-à-dire qu'ils expriment leur agressivité de façon directe et ouverte. Le seul trait qui distingue de façon significative les usagers est la variable "conformité au groupe" où les drogués obtiennent une cote révélant un non-conformisme, une déviation par rapport aux normes de la population en général.

Un autre groupe de travaux s'attache à rechercher les caractéristiques psychologiques de base différenciant l'adepte de drogues du non-usager. Certains cher-

(25) Toxicomanies, Québec, 1973, vol. VI, no 3, juillet-septembre, 245-259.

(26) L'acceptation de soi et la consommation de drogues fortes. Toxicomanies, Québec, 1973, Vol. VI, no 2, avril-juin, 111-133.

(27) La tolérance à la frustration et le recours à la marijuana. Toxicomanies, Québec, 1973, Vol. VI, no 4, octobre-décembre, 371-381.

cheurs s'intéressent plus particulièrement à l'étude de la personnalité des consommateurs de LSD, d'autres à celle des "grands toxicomanes" (opiacés).

.. Reginald Smart et Dianne Fejer (28) examinent, à l'aide du M.M.P.I., 100 usagers de LSD, de sexe masculin, âgés de moins de 25 ans qu'ils comparent à un échantillon de 46 sujets similaires quant à l'âge, à la personnalité, au sexe et au milieu social. Tous les sujets sont également soumis à un entretien centré sur leurs caractéristiques sociales et démographiques et sur leur histoire personnelle.

– Parmi les usagers de LSD, 96% présentent des profils jugés anormaux; le pourcentage de tels profils s'élevant à 46% dans le groupe témoin. Chez les toxicomanes, l'indice des facteurs hypocondrie, déviance psychopathique, schizophrénie, hypomanie, masculinité-féminité est statistiquement plus élevé. Enfin, parmi les profils anormaux pouvant être classés dans l'une ou l'autre échelle clinique:

24% des usagers de LSD obtiennent un score élevé à l'échelle "déviance psychopathique" pour un seul sujet du groupe de contrôle.

5% des toxicomanes sont jugés psychotiques avec une pointe très nette à l'indice schizophrénie, 5 sujets du groupe témoin sont classés psychotiques.

Aucune relation entre la pathologie révélée par le M.M.P.I. et le nombre d'ingestions de LSD n'a pu être mise en évidence, et les troubles psychologiques des usagers de faibles doses ne sont pas moindres comparés à ceux des consommateurs chroniques.

– Les entretiens montrent la fréquence et l'importance des troubles psychiques chez les usagers de LSD:

50% environ de ces sujets avaient été traités pour troubles psychiatriques divers: dépression, anxiété profonde, tendances suicidaires, hallucinations, paranoïa et homosexualité.

Si 17,4% des sujets du groupe témoin avaient aussi consulté, les motifs de ces consultations étaient bien différents: problèmes scolaires, anxiété durant la période des examens, difficultés à se concentrer. En outre, la plupart des consultations et traitements suivis par les usagers de LSD précédaient l'entrée dans la toxicomanie (22%).

Les auteurs concluent donc à l'existence de troubles psychologiques importants chez l'usager de LSD. Troubles qui sembleraient antérieurs à l'usage de drogues pour la majorité des cas. Le recours aux toxiques pourrait alors être considéré comme le moyen choisi par les jeunes de la classe moyenne de notre société pour pallier une fragilité psychique. Cependant, remarquent Smart et Fejer une autre explication de l'usage de LSD pourrait être avançée pour quelques jeunes. Les auteurs relèvent le pourcentage important des profils d'usagers de LSD pouvant être classés dans l'échelle "désordre de la conduite" et la présence d'un pattern de trois pointes: tendances sociopathiques, hypomanie, schizophrénie dans les profils anormaux. Pour les auteurs, ces configurations suggèrent une tendance vers le non-conformisme social et le rejet des valeurs traditionnelles. L'usage de drogues serait le moyen utilisé par certains jeunes pour exprimer leur rejet ou leur distance vis-à-vis du système social actuel. Dans ce cas, le type de drogue importe peu, l'essentiel étant qu'elle ne soit pas acceptée par la société. Ainsi, l'alcoolisme ne serait pas populaire parmi les jeunes parce qu'il est socialement accepté par la majorité des adultes.

(28) Illicit users: their social backgrounds, drug use and psychopathology. Journal Health Soc. Behav., 1969, 10, 294-304.

. . Dans une autre étude sur la personnalité de l'usager de LSD, Jack Keller et et David L. Redfering (29) parviennent à des conclusions assez semblables quant à l'importance et à la nature des troubles psychologiques présentés par ces sujets. En effet:

– 88% des protocoles des usagers sont jugés anormaux contre 54% chez les non-usagers.

En outre, les scores moyens des usagers de LSD sont significativement plus élevés pour: 1) la triade névrotique (hystérie, dépression, hypocondrie, $p<.01$ et .05). 2) les échelles: schizophrénie, paranoïa, hypomanie, $p.<.01$. 3) les tendances psychopathiques ($p<.05$). Keller et Redfering concluent également à l'utilisation des hallucinogènes par les jeunes comme réponse à des troubles psychologiques. Mais, le choix délibéré des auteurs de ne pas prendre en considération l'histoire personnelle des sujets examinés rend beaucoup plus incertaines leurs conclusions sur la relation temporelle pouvant exister entre la psychopathologie des usagers et la consommation abusive de drogues. Ils pensent néanmoins que le lien mis en évidence entre la psychopathologie et l'usage du LSD doit être considéré, non pas comme une relation de cause à effets, mais plutôt comme une corrélation.

Enfin, ce qui leur apparaît beaucoup plus certain, et en cela Keller et Redfering rejoignent Smart et Fejer, c'est le non-conformisme social des usagers de LSD, leurs déviations par rapport aux attentes conventionnelles. Constatations qui amènent aussi ces auteurs à penser que l'utilisation de la drogue par certains jeunes serait le moyen choisi pour exprimer leur rejet du système social existant.

. . Parmi les recherches consacrées à l'étude de la personnalité de l'héroïnomane, nous citerons celle de Hill, Haertzen et Davis (30). Ces chercheurs comparent, toujours à l'aide du M.M.P.I.:

– 200 héroïnomanes dont 60% purgent des peines d'emprisonnement allant de 1 à 10 ans,
– 200 criminels, durée moyenne d'emprisonnement: 10 ans,
– 200 alcooliques dont 83% ont été condamnés pour ivresse à de courtes peines.

Les résultats obtenus montrent que les héroïnomanes et les alcooliques sont plus dépressifs que les criminels. Mais, les héroïnomanes se distinguent des alcooliques par l'importance du score obtenu à l'échelle "déviance psychopathique" qui s'avère aussi élevé que celui des criminels, et aussi des deux groupes témoins par les scores supérieurs donnés aux échelles "hypomanie" et "masculinité-féminité".

. . Ces résultats recoupent ceux de Donald N. Lombardi (31) qui compare au M.M.P.I. les profils de 75 grands toxicomanes incarcérés dans un pénitencier à des prisonniers du même pénitencier, non-usagers.

(29) Comparaison between the personalities of LSD users and nonusers as mesured by MMPI. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1973, vol. 156, no 4, 271-277.

(30) Hill, H.E., Haertzen C.A. and Davis, H. An M.M.P.I. factor analytic study of alcoholics, narcotics addicts and criminal. Quart. J. Stud. Alcohol., 1962, 23: 411-431.

(31) Lombardi, D.N., O'Brien, B.J. et Esele, F.W. Differential responses of addicts on the M.M.P.I. Journal of projectives techniques and personality assessment, 1968, 32, 479-482.

. . A l'aide du M.M.P.I., C.P. McAree, R.A. Steffenhagen et L.S. Zheulin (32) examinent un groupe de 58 étudiants toxicomanes, de sexe masculin, répartis en 3 sous-groupes selon la nature de la drogue absorbée et l'importance de la consommation:

groupe I: "marijuana seulement"
groupe II: marijuana et autres drogues comme amphétamines, occasionnellement,
groupe III: consommation excessive de tous les types de drogues,

qu'ils comparent à un groupe contrôle de 18 étudiants non-usagers.

Les résultats montrent:

1) Que le pourcentage d'usagers de marijuana présentant des profils anormaux (un score supérieur à 75 dans 2 échelles cliniques ou plus) est plus élevé que celui des non-usagers, mais la différence observée n'est pas statistiquement significative.

2) Par contre, dans la comparaison polytoxicomanes-non-usagers, la différence est significative à .01.

3) En outre, le groupe des polytoxicomanes se distingue de façon significative par les scores obtenus aux échelles "schizophrénie" et "masculinité-féminité" ($p < .05$ et $p < .01$). Quant aux usagers de marijuana "seulement", ils ne se différencient des non-usagers qu'à l'échelle "masculinité-féminité" ($p < .01$).

Mais, remarquent les auteurs, si l'échelle "schizophrénie" différencie de façon significative les polytoxicomanes des non-usagers, l'examen clinique montre qu'il ne s'agit pas d'une psychose manifeste mais plutôt d'une personnalité schizoïde caractérisée par un repli sur soi, une pauvreté relationnelle, des difficultés à exprimer les émotions. Les auteurs soulignent surtout la difficulté rencontrée pour distinguer au moyen du M.M.P.I. les consommateurs de marijuana des non-usagers. La nature de la drogue consommée conduit à des échantillons différenciés dont quelques-uns seulement peuvent être associés de façon très nette aux échelles cliniques du M.M.P.I. Les résultats,concluent les auteurs, montrent que le problème fondamental de la personnalité de l'adolescent toxicomane exige des méthodes d'études diversifiées, mais aussi des modes de thérapies adaptées aux différents groupes de consommateurs.

. . En Suisse, une étude du profil de l'adolescent toxicomane a été réalisée en 74-75, à l'aide du M.M.P.I., par Michael Oleinikoff. (33)

Dans cette recherche, le groupe expérimental est composé de 30 adolescents de sexe masculin, consommateurs de drogues depuis plus de deux ans (26 usagers de drogues majeures, 4 usagers de haschich et de LSD), âgés de 16 à 22 ans. Le groupe contrôle comprend 30 adolescents de sexe masculin, apprentis mécaniciens ou électro-mécaniciens, moyenne d'âge: 17 ans. Les résultats montrent que le profil clinique moyen des consommateurs accuse une notable anormalité avec 6 échelles au-dessus de T = 70. Les valeurs les plus élevées se répartissent dans les échelles: schizophrénie (85,70), déviance psychopatique (77,5) et hypomanie

(32) Personality factors in college drugs users. Int. J. Social Psychiatry, 1969, 15, no 2, 102-106.

(33) Une étude de la personnalité d'adolescents consommateurs de drogue en Suisse romande.

(73,3) ce qui, pour l'auteur, indique des désordres de la conduite de type schizoïde avec des tendances psychopathiques. Viennent ensuite les échelles: hystérie, paranoïa et hypocondrie (71,8 — 70,4 — 70). En outre, les sujets du groupe expérimental obtiennent des valeurs faibles dans les échelles: Force du Moi (35), dominance (41,1), responsabilité (35), statut social (46,8), désir d'approbation sociale (35) et intérêts religieux (38,7).

Par comparaison, les différents scores des échelles cliniques obtenus par les sujets du groupe témoin se rangent tous dans le rang normal: on ne relève aucune des valeurs au-dessus de 60.

Michael Oleinikoff conclut que "le profil positif incliné vers le haut marque des désordres émotionnels parmi les consommateurs de drogue. Les désordres peuvent être définis comme un manque de contact avec la réalité, une désorientation, une confusion, un manque de contrôle, des passages à l'acte et des réactions excessives, menant au cas borderline typiquement prépsychotique". L'auteur ajoute que ces résultats recoupent ceux mis en évidence, également à l'aide du M.M.P.I., par le Dr. Hobi de Bâle, avec un groupe comparable de toxicomanes. Cependant, les valeurs obtenues à Lausanne sont uniformément plus hautes, avec la majorité des échelles au niveau de la valeur T de 70 ou au-dessus. A part les valeurs Pa et Pt qui, dans l'étude de Bâle, sont en relation inverse avec celles de Lausanne, les deux courbes suivent la même configuration avec des pointes élevées aux échelles: schizophrénie et déviance psychopathique.

En conclusion, les résultats des recherches américaines et suisses consacrées à l'étude de la personnalité de l'adolescent toxicomane à l'aide du M.M.P.I. convergent dans la mise en évidence chez ces sujets de troubles psychiatriques graves. Les études américaines mettent l'accent sur l'importance des scores obtenus par les jeunes drogués aux échelles: schizophrénie, tendances psychopathiques, déviance sociopathique, mais aussi dépression. Quant aux recherches suisses, si elles ne montrent pas un niveau de dépression aussi élevé que celui trouvé dans les études américaines, il ne s'en dégage pas moins "un tableau de schizophrénie pseudo-psychopathique clairement identifiable", les travaux suisses rejoignant sur ce point la plupart de ceux réalisés aux Etats-Unis et au Canada.

II. ESSAI DE SYNTHESE

LA PERSONNALITE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE

1. Les traits saillants de personnalité:

L'accord des psychanalystes, des conclusions des recherches cliniques et des études comparées sur la structure de personnalité du drogué se fait généralement sur:

- l'importance de l'anxiété
- du malaise intérieur
- de l'intensité des pulsions agressives
- des tendances homosexuelles latentes ou patentes
- et surtout sur l'incapacité du toxicomane à différer la satisfaction des désirs et des besoins, le fonctionnement de ces sujets se caractérisant essentiellement par la prédominance du principe de plaisir sur le principe de réalité.

2. Les questions soulevées:

1) La recherche expérimentale de Mc Aree concluant à l'absence de différence statistiquement significative entre les profils obtenus au M.M.P.I. par des adolescents consommateurs réguliers de haschisch et de marijuana et des non-usagers peut, à la limite, remettre en question l'existence d'une structure ou de traits de personnalité spécifiques aux toxicomanes, alors que d'autres recherches, au contraire, concluent à l'existence d'une structure psychopathique, schizophrénique ou borderline confirmant par-là la thèse psychiatrique.

2) Enfin, la divergence de prises de position des tenants des différentes thèses explicatives de l'addiction juvénile repose le problème crucial de l'étiologie psychogénétique de la toxicomanie. D'une manière générale, les psychanalystes insistent sur la sévérité des carences affectives précoces, notamment sur la rupture ou l'insuffisance des rapports affectifs avec le premier objet d'amour, la mère. D'autres, à l'opposé, parlent surtout d'une relation mère-enfant surprotectrice, fusionnelle (P. Vengos (34), J.J. Déglon (35) ou attribuent l'origine de l'usage abusif de drogues à une éducation trop permissive donnée par des parents anxieux, désireux de conserver l'amour de leur enfant (C. Torda, (9), N.J. Lévy (36)).

En conclusion, toutes ces recherches sont d'incontestables contributions à l'approche du problème de la toxicomanie juvénile: soit que la convergence des résultats apporte une meilleure connaissance de la personnalité du jeune drogué, soit que certaines divergences ouvrent la voie à de nouvelles réflexions, à d'autres recherches.

(9) Op. cit. page 8.

(34) Phénoménologie dynamique d'un groupe de polytoxicomanes graves. Thèse, Genève, 1972.
(35) Usage et désir de drogues. Genève, Editions Médecine et Hygiène, 1974
(36) The use of drugs among teenagers. La revue de l'Association des psychiatres du Canada, 1972, 17, no spécial 11, 31-36.

CHAPITRE III

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

I. DEFINITION DES HYPOTHESES

Notre recherche poursuit un triple but:

1) Le premier est de voir si l'on retrouve dans les protocoles Rorschach des adolescents toxicomanes un pattern de personnalité apparenté à celui de l'état-limite.

2) Le second est d'apprécier la valeur économique de la fantasmatisation chez le toxicomane et ses incidences sur la structuration de la personnalité.

3) Enfin, le troisième objectif est de déterminer l'importance des relations parentales, en particulier l'importance de la relation maternelle, telle qu'elle peut apparaître à travers le Rorschach, dans la genèse de la personnalité de l'usager de drogues.

A. PREMIERE HYPOTHESE:

La structure psychologique de l'adolescent toxicomane.

Nous avons vu que les plus récentes recherches cliniques consacrées au jeune drogué (P. Delteil notamment) mettaient en évidence chez l'adolescent toxicomane un certain nombre de traits de personnalité caractéristiques de l'organisation dépressive-limite telle qu'elle a été décrite par J. Bergeret dans son ouvrage "La dépression et les états-limites", recoupant sur ce point les études psychométriques suisses (M.M.P.I.) concluant à un profil général des adolescents consommateurs de drogues qui "*éroquerait* les états de "borderline" schizophréniques". (Michael Oleinikoff)

Notre recherche se propose donc, sur la base des données fournies au test de Rorschach par 22 adolescents toxicomanes et comparées à celles produites par 20 adolescents dits normaux et 22 adolescents d'une consultation "tout-venant" de voir s'il existe ou non une identité structurelle entre les jeunes drogués et les états-limites.

B. DEUXIEME HYPOTHESE:

La fonction compensatoire du fantasme.

Dans un second temps, nous centrerons plus spécialement notre étude sur la fonction compensatoire du fantasme et nous rechercherons s'il existe ou non, chez l'adolescent toxicomane, une élaboration fantasmatique et symbolique.

C. TROISIEME HYPOTHESE:

Importance de la psychogenèse dans la constitution de la personnalité du toxicomane.

La troisième partie de cette recherche sera consacrée à l'analyse, aussi fine que possible, des imagos parentales et à l'étude des conduites adoptées par les jeunes

drogués face aux évocations maternelles, afin de tenter de répondre aux deux questions fondamentales suivantes:

1) les relations aux imagos parentales apparaissent-elles plus perturbées chez l'adolescent toxicomane que chez l'adolescent normal et surtout de consultation "tout-venant"?

2) l'analyse des protocoles Rorschach des jeunes drogués met-elle en évidence une corrélation entre un certain type d'imago maternelle et certaines altérations des structures de base de la personnalité reconnues comme ayant leur origine dans la relation maternelle primitive et/ou susceptibles de favoriser l'installation d'une toxicomanie?

En conclusion, l'étude portera donc sur deux dimensions de la personnalité:

1) la dimension descriptive cherchera à établir un profil général des caractéristiques psychologiques de l'adolescent toxicomane,

2) la dimension dynamique s'attachera à mettre en évidence la problématique particulière des drogués, et se propose ainsi de contribuer à une meilleure compréhension de l'attrait irrésistible que ressentent ces jeunes pour des substances toxiques dont ils n'ignorent ni les effets, ni les dangers.

II. METHODOLOGIE

A. INSTRUMENT UTILISE

Quels moyens pouvaient nous permettre d'atteindre ces objectifs?

Le test de Rorschach nous a paru constituer l'instrument privilégié parce que susceptible de nous fournir de nombreuses informations non seulement sur l'organisation de la pensée et de l'affectivité des sujets examinés, sur leurs pulsions et leurs défenses, mais encore sur leur vie fantasmatique. En effet, grâce à l'indice d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles et agressives, nous pouvions disposer d'évaluations numériques, statistiquement traitables, et capables de nous renseigner sur la présence, l'étendue et la qualité de la fantasmatisation.

Mais, peut-être, était-ce majorer la portée de ce test?

Son utilisation par plusieurs spécialistes pour l'étude de la personnalité, et dans des domaines aussi variés que ceux de l'épilepsie (Le test de Rorschach et la personnalité épileptique de J. Delay, P. Pichot, T. Lempérière et J. Perse) (37), de la schizophrénie (Le Rorschach des schizophrènes de Robert-Michel Palem) (38) ou de la dépression (Les états dépressifs chez l'enfant de Claude Kohler) (39) témoignait qu'il n'en était rien. Et Didier Anzieu n'écrivait-il pas dans sa préface au très beau travail de Myriam Orr sur "Le test de Rorschach et l'imago maternelle": "Le test de Rorschach est un remarquable révélateur de la personnalité . . . Notre connaissance d'un sujet humain semble pouvoir atteindre par le moyen d'un simple test, le niveau le plus profond de la personnalité, auquel seul jusqu'ici accédait la psychanalyse".

Pourtant, ce n'était pas sans quelque hésitation que nous abordions cette recherche car, contrairement aux travaux ci-dessus signalés, nous ne disposions pas dans

(37) Paris, PUF, 1955
(38) Paris, Editions Universitaires, 1969.
(39) Dessart, Bruxelles, 1970.

le domaine de la toxicomanie de travaux ou de publications antérieurs avec lesquels nous pourrions confronter nos résultats. En effet, aucune étude (tout au moins à notre connaissance) n'a été publiée sur le Rorschach des toxicomanes depuis l'époque où Bohm remarquait dans son "Traité de Psychodiagnostic du Test de Rorschach" en 1949 (40): "Dans l'état actuel des recherches, il n'est pas encore (souligné dans le texte) possible de diagnostiquer une toxicomanie par le test de Rorschach". "Le domaine des toxicomanies dans le test de Rorschach, ajoutait-il, attend encore d'être défriché systématiquement". (p. 407)

Cette difficulté allait surgir à nouveau lors de l'élaboration des résultats obtenus par les sujets de nos deux groupes contrôle puisqu'il n'existe pas non plus, toujours à notre connaissance, d'étude complète et approfondie sur le Rorschach des adolescents, et que les barèmes à notre disposition s'avéraient inutilisables. En effet, ceux de Ames et Métraux (41) étalonnés sur une population américaine ne pouvaient s'appliquer tels quels à nos adolescents genevois; de plus, ces barèmes n'intéressaient qu'une population d'adolescents dont la limite d'âge supérieure était de 16 ans, alors que la limite d'âge supérieure des adolescents de nos trois groupes d'étude était de 23 ans.

Si les barèmes de M. Loosli-Usteri (42) étaient, eux, établis à partir d'une population genevoise, cette population était composée de sujets adultes: par conséquent, ces barèmes devenaient inapplicables à de jeunes sujets dont la fragilité structurelle reflète la personnalité en construction qui caractérise cette période difficile et mouvante qu'est l'adolescence.

B. POPULATIONS ETUDIEES ET METHODE

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons fait passer le test de Rorschach à trois groupes d'adolescents dont les principales caractéristiques seront analysées au paragraphe suivant:

- 1 groupe expérimental de 22 adolescents toxicomanes
- 2 groupes contrôle:
  - 1 groupe de 20 adolescents dits normaux
  - 1 groupe de 22 adolescents d'une consultation "tout-venant".

Puis, nous avons tenté d'analyser, par diverses comparaisons entre les sujets de ces trois groupes, les facteurs différentiels repérables. Autrement dit, si la présence de traits saillants de personnalité communs aux jeunes qui se droguent apparaissait, les protocoles Rorschach des adolescents toxicomanes ne seraient pas superposables à ceux produits par les adolescents normaux et de consultation "tout-venant". Il resterait à vérifier si cette constellation de traits de personnalité propres aux jeunes drogués recouvre ou non le pattern d'état-limite.

I. GROUPE DES TOXICOMANES:

Qu'entendons-nous par toxicomanie?

Pour le groupe d'experts désignés par l'Organisation des Nations-Unies, et réunis

(40) Volume II, PUF, Paris 1955.

(41) Ames, L., Métraux, R.W., Walker, R., "Adolescent Rorschach Responses (Developmental Trends From Ten To Sixteen Years)". Hoeber, New-York, 1959.

(42) Manuel pratique du Test de Rorschach, Paris, Hermann, 1958.

à Sèvres (France) les 10-15 septembre 1973 pour un séminaire sur "Les jeunes et l'usage des drogues dans les pays industrialisés" (Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture, rapport ED/MD/34, 10-15 septembre 1973), sont reconnus toxicomanes: "Les usagers habituels de drogues qui ont perdu le contrôle de leur consommation et ne peuvent plus, sans prendre de mesures particulières, se soustraire au besoin qu'ils ont des drogues".

H. Solms dans son article "La nostalgie des mondes de l'imaginaire – Aspects psychologiques des tendances toxicophiliques" (43), décrit l'état de dépendance à l'égard des drogues à partir des comportements et symptômes qui le caractérisent:

- la tolérance pharmacologique plus ou moins élevée,
- l'apparition d'un syndrome d'abstinence lorsqu'on prive le sujet de son toxique (critère de la dépendance physique),
- et le besoin irréprésible de la drogue qui ne manque jamais au tableau clinique (dépendance psychique à l'égard de la substance utilisée). Nous entendons par là un besoin pathologique impérieux, qui pousse l'individu à modifier artificiellement sa manière d'être en répétant sans cesse l'expérience psychotoxique qui lui a procuré des gratifications passives narcissiques, allant jusqu'à l'ivresse, et l'ont aidé momentanément à chasser l'inconfort, le déplaisir. Le sujet présente alors une impulsivité incoercible, il est incapable de limiter ses appétits, incapable de tout contrôle sur soi-même, en un mot, il a perdu sa liberté." (p. 91).

Pour Cl. Olievenstein donner, actuellement, une définition de la toxicomanie paraît une gageure, le problème de la toxicomanie étant en pleine évolution. Dans ce contexte, des définitions statiques ne pourraient que fausser la question "d'autant plus que s'y mêlent des considérations idéologiques et politiques qui pervertissent tout abord sérieux de la question". A ses yeux, seules les définitions d'attente paraissent acceptables et celle qu'il nous propose est la suivante: "nous entendons par toxicomane, toute personne qui à partir d'un produit de base, fait l'escalade avec un autre produit et (ou bien) les utilise quotidiennement ou quasi quotidiennement". (La drogue, pp. 14-15),(44). Dans son dernier ouvrage "Il n'y a pas de drogués heureux" (45), Cl. Olievenstein relate cette évolution de la toxicomanie pour aboutir à la description de la toxicomanie juvénile actuelle. L'auteur remarque la distance qui sépare les adolescents actuels de ceux de la "beat generation", phénomène parti en 1960 des Etats-Unis pour atteindre la France vers 67-68, années du haschich et du LSD par excellence. L'introduction en 1968 des drogues dures et des amphétamines va provoquer une véritable scission dans le groupe des jeunes drogués. Les hippies et l'idéologie de la "peace and love generation" commencent à s'effacer au profit de la consommation de la drogue pour elle-même. Aux "doux fumeurs" occasionnels de haschich, aux adeptes de "l'aventure mystique" succèdent "des gosses fugueurs et paumés", accrochés aux drogues les plus dures et vivant dans un climat de grande révolte, de tension intense.

P. Rey, Directeur du Centre d'Accueil du Levant pour toxicomanes à Lausanne, note dans son Rapport introductif au 10ème colloque du Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (G.R.E.A.T.), octobre 1974: "Il faut noter ici une évolution sensible dans notre pays comme à l'étranger, depuis plusieurs

(43) Jeunesse, drogue, société en Suisse. 1970-1972. Lausanne, Payot, 1972.
(44) Paris, Editions Universitaires, 1970.
(45) Paris, Editions Robert Laffont, 1977.

mois. En effet, il y a quelques années, le toxicomane répondait volontiers à la description du hippie à fleurs, non violent, pacifique, centré parfois sur une recherche intérieure, philosophique ou mystique. Nous assistons, depuis quelque temps, à une évolution vers l'agressivité, le passage à l'acte et la polytoxicomanie . . . Dans un centre d'accueil comme celui du Levant, on a jamais vu un nombre aussi grand d'actes de violence et confisqué autant de couteaux et révolvers. Parallèlement, au niveau des activités proposées par le toxicomane, l'artisanat, l'expression et la création artistique, n'ont pratiquement plus aucun succès. Par contre, on se mobilise plus volontiers pour un travail quelconque, souvent à temps très partiel, mais rémunéré". (p. 7)

Ce tour d'horizon sur la toxicomanie juvénile actuelle accompli, essayons de dégager les caractéristiques cliniques des 22 jeunes drogués composant notre groupe expérimental.

1. Age:

Les âges extrêmes de nos sujets sont: 14 ans 5 mois et 23 ans 1 mois. L'âge moyen est de 19 ans et la répartition selon les âges se fait comme suit (1):

Tableau 1. Répartition selon les âges.

Age	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	*TOTAL*
Nombre	*1*	*1*	*4*	*2*	*3*	*4*	*1*	*0*	*3*	*3*	*22*

2. Sexe:

Notre groupe comprend 7 filles et 15 garçons, soit une fille pour deux garçons.

Tableau 2. Répartition selon les sexes.

SEXE	CHIFFRES ABSOLUS	POURCENTAGES
Sexe masculin	15	68,18%
Sexe féminin	7	31,81%
TOTAL	22	99,99%

Les pourcentages des sujets masculins et féminins constituant notre groupe d'étude respectent ceux de la population de jeunes toxicomanes ayant fréquenté le Centre de Consultations des Vollandes à Genève en 1973. Ainsi, sur les 75 toxicomanes, habitués du Centre des Vollandes en 1973, nous trouvons 23 filles et 52 garçons, soit approximativement aussi une fille pour deux garçons.

Ce rapport correspond à celui habituellement cité dans les récentes études françaises et anglo-saxonnes:

– Louis Stévenin, Rapport présenté au Colloque franco-allemand de Brauweiler, juin 1970: "Sur 50 sujets hospitalisés à l'hôpital Fernand Widal, au centre antipoison

(1) *Les âges sont donnés en années. Ainsi: "14 ans" comprend tous les sujets entre 14 ans et 14 ans 11 mois.*

de Paris, l'âge moyen est de 21 ans 6 mois et commence à 15 ans. L'âge moyen paraît d'ailleurs aller en décroissant de façon très significative et même inquiétante. Le nombre total de sujets comporte deux tiers de garçons et un tiers de filles".

- Juan Carlos Negrete cite les chiffres de 68 filles et 224 garçons, soit 23,3% et 76,7% (Toxicomanies, Vol. 7, mars 1974, Montréal).

– A Marmottan, Cl. Olievenstein observe ce même décalage, qui semblerait en 1977 s'être encore creusé, et avance l'explication suivante: "Détail intéressant, la proportion des filles demeure très inférieure: on en compte une pour quatre garçons. Comment l'expliquer? Sans doute, par un manque d'émancipation. Sans doute aussi, parce que le plaisir, chez elles, revêt une importance moindre: malgré l'évolution des moeurs, elles sont moins habituées à le prendre,à y investir. Et puis, si nous les voyons relativement peu dans les centres, c'est que, pour répondre au manque, elles ont la possibilité de se procurer plus facilement de l'argent, à travers la prostitution, le michetonnage . . . (Il n'y a pas de drogués heureux, 1977), (45). (page 287).

3. La drogue:

En accord avec le docteur Yves Pélicier, nous avons préféré aux termes de toxicomanie mineure et toxicomanie majeure, ceux de drogues douces et de drogues dures. D'une part, parce que ces termes "drogues douces" et "drogues dures" sont utilisés par les toxicomanes eux-mêmes; d'autre part, parce que ces termes rendent mieux compte de l'intensité des effets produits et recherchés, de la marge de liberté de consommation laissée à leurs usagers.

Nos sujets se répartissent en deux catégories:

– usagers de drogues douces (chanvre, hallucinogènes, amphétamines)
– usagers de drogues dures (opiacés).

Deux préoccupations nous ont guidée dans la constitution de notre groupe d'étude: tout d'abord, l'égalité des pourcentages de drogues douces et de drogues dures pour l'ensemble du groupe des toxicomanes, mais aussi à l'intérieur des sous-groupes toxicomanes-filles et toxicomanes-garçons.

Le tableau 3 illustre ces répartitions.

Tableau 3. Répartition selon la nature de la drogue utilisée.

	DROGUES DOUCES		DROGUES DURES	
	Chiffres absolus	*Pourcentages*	*Chiffres absolus*	*Pourcentages*
Sujets féminins	*4*	*18,18*	*3*	*13,63*
Sujets masculins	*7*	*31,81*	*8*	*36,36*
TOTAL	*11*	*49,99*	*11*	*49,99*

Les tableaux 4 et 5 décrivent en détail le modèle de consommation des membres

(45) Op. cit. page 26.

de ce groupe d'étude en termes de durée de l'habitude et de l'appréciation du taux de consommation de chacune des catégories de drogues (tableau 4, usagers de drogues douces; tableau 5, usagers de drogues fortes).

Toutes ces informations (début et durée de la toxicomanie, nature des drogues, mode de consommation) nous ont été fournies par les toxicomanes eux-mêmes et ont pu être confirmées ou complétées par les différents membres de l'équipe du Centre de Consultations des Vollandes ou par les dossiers médicaux, lorsque les sujets ont été hospitalisés pour désintoxication ou overdose).

TABLEAU NO 4

Modèle de consommation de drogues chez les usagers de drogues douces. (N = 11)

No du sujet et âge	*Durée de consommation*	DROGUES CONSOMMEES								
						Hallucinogènes		Opiacés		
		Alcool	*Somnifère non barbiturique*	*Neuroleptique*	*Haschich*	*LSD*	*Mescaline*	*Opium*	*Morphine*	*Héroïne*
No 1 19;6	*4 ans et 6 mois*		+++	++	+++	-	++	-	-	-
No 2 19 ans	*3 ans et 6 mois*	+	+++	++	+++	ǂǂ	++	-	-	-
No 3 15ans	*1 an*	++	-	++	+++	++	-	-	-	-
No 4 17ans	*1 an*		++	++	+++	-	-	-	-	-
No 5 18;6	*3 ans et 6 mois*		-	-	+++	ǂǂǂ	++	-	-	-
No 6 19;11	*2 ans et 4 mois*	++	-	-	+++	+	-	-	-	-
No 7 19ans	*3 ans*	++	-	-	+++	++	-	-	-	-
No 8 17;5	*1 an et 6 mois*		-	-	+++	+	-	-	-	-
No 9 17;5	*2 ans et 5 mois*		-	-	+++	ǂǂ	-	-	-	-
No 10 23ans	*3 ans*		-	-	+++	++	+	-	-	-
No 11 14;5	*1 an*	+	-	-	+++	-	-	-	-	-

\- : absence
\+ : consommation occasionnelle
++ : consommation moyenne (quelques fois par semaine)
+++ : consommation quotidienne ou élevée
ǂǂ : l'usager dit avoir abandonné cette drogue

TABLEAU NO 5

Modèle de consommation de drogues chez les usagers de drogues fortes.(N = 11)

No du sujet et âge	*Durée de consommation*	DROGUES CONSOMMEES								
						Hallucinogènes		Opiacés		
		Alcool	*Somnifère non barbiturique*	*Neuroleptique*	*Haschich*	*LSD*	*Mescaline*	*Opium*	*morphine*	*héroïne*
No 12 16 ans	*2 ans*		-	-	+++	ǂǂ	+	-	-	+++
No 13 16; 4	*4 ans et 4 mois*		++	++	+++	ǂǂǂ	++	+++	+++	+++
No 14 16; 8	*1 an et 8 mois*		++	++	+++	-	-	-	+++	-
No 15 18 ans	*3 ans*		-	-	+++	++	-	-	+	+
No 16 23 ans	*9 ans*	+++	-	-	+++	ǂǂǂ	-	+	+++	+++
No 17 20;10	*4 ans et 10 mois*		-	+	+++	++	-	+	+	-
No 8 22;2	*4 ans*		-	++	+++	ǂǂǂ	-	-	+++	+++
No 19 22 ans	*6 ans*		-	++	+++	ǂǂǂ	-	-	+++	++
No 20 22 ans	*5 ans*		-	-	+++	+++	-	+	+	-
No 21 23 ans	*8 ans et 6 mois*	+++	-	*amphétamines* ++ +++	++	ǂǂ /	-	-	++	-
No 22 18; 6	*1 an et 6 mois*	+++	-	*amphétamines* ++ +++	++ +++	++	-	ǂǂǂ	+++	+++

\- : ne consomme pas
\+ : consomme à l'occasion des possibilités
++ : consommation régulière (quelques fois par semaine)
+++ : consommation quotidienne
ǂǂ : l'usager dit ne plus en consommer

La lecture de ces tableaux appelle les remarques suivantes:

1) tous nos sujets sont des usagers de drogues multiples;

2) tous, usagers de drogues douces comme usagers de drogues dures, sont encore actuellement consommateurs de haschich, et ceci de façon régulière et à dose élevée;

3) de plus, les adolescents consommant de façon quotidienne et à forte dose le haschich, l'associent au LSD et/ou à la mescaline, amphétamines, neuroleptiques, somnifères non barbituriques, alcool;

4) les usagers de drogues fortes sont tous des "fixeurs". Huit sur onze

(72,75%) se piquent quotidiennement, les doses sont très souvent élevées. Cinq d'entre eux disent avoir abandonné le LSD après une longue durée de consommation massive. A l'opposé, les trois sujets qui font un usage journalier et élevé de LSD ne manifestent, actuellement, qu'une attitude "d'expérimentation" à l'égard des opiacés;

5) le début de la toxicomanie se situe pour la majorité des sujets vers 14-15 ans, avec tendance pour les plus jeunes à débuter dans la toxicomanie de façon plus précoce (12-13 ans).

TABLEAU 6

Ages de début de la toxicomanie des 22 sujets de notre groupe d'étude.

Début de la toxicomanie	*12 ans*	*13 ans*	*14 ans*	*15 ans*	*16 ans*	*17 ans*	*18 ans*	*20 ans*	*TOTAL*
Nombre de sujets	*1*	*1*	*4*	*7*	*4*	*3*	*1*	*1*	*22*

6) la durée moyenne de la toxicomanie est de 2 ans 5 mois pour les usagers de drogues douces, de 4 ans 6 mois pour les usagers de drogues dures.

TABLEAU 7

Durée de la toxicomanie des 22 sujets de notre d'étude.

Durée	*1 an*	*entre 1 et 2 ans*	*entre 2 et 3 ans*	*entre 3 et 4 ans*	*entre 4 et 5 ans*	*entre 5 et 6 ans*	*entre 8 et 9 ans*	*TOTAL*
Nombre de sujets	*3*	*4*	*5*	*3*	*4*	*1*	*2*	*22*

En conclusion, toutes ces caractéristiques cliniques (durée moyenne de la toxicomanie, fréquence d'absorption, type de drogues) classent les adolescents de notre groupe d'étude parmi les polytoxicomanies graves. Les motivations qui poussent ces sujets à un usage abusif de drogues entrent, si nous adoptons la classification utilisée par H. Solms dans son étude sur "Les toxicomanies nouvelles" (43), dans la catégorie "drogue-maladie". Il ne s'agit pas, en effet, de "drogue-expérimentation", c'est-à-dire de ces quelques essais dictés par la curiosité, le désir "de faire comme les autres", l'attrait du risque, typiques de l'adolescence et vite abandonnés. Il ne s'agit pas non plus de "drogue-contestation", c'est-à-dire de l'usage, généralement de chanvre indien et d'hallucinogènes, fait par une autre fraction de la jeunesse qui entend ainsi transgresser les interdits de la société des adultes. Enfin, la consommation de produits toxiques faite par les adolescents de notre groupe d'étude ne saurait être confondue avec la "drogue-exploration", catégorie de motivations

(43) Op., cit. page 26.

traduisant des aspirations propres à notre époque et particulièrement le désir d'accéder à "un élargissement du champ de la conscience", de découvrir son identité, de porter au plus haut degré sa créativité. Les sujets de cette catégorie consomment essentiellement du cannabis et des hallucinogènes mais pas de façon régulière, et l'usage qu'ils font de ces substances revêt, comme pour les deux catégories précédentes, un caractère socio-culturel qu'il faut souligner.

Au contraire, les adolescents de notre groupe expérimental entrent dans la catégorie des sujets qui cherchent dans la consommation abusive de drogues la solution à leurs problèmes personnels: désordres psychiques, importantes difficultés scolaires ou familiales, désadaptation sociale. H. Solms définit les motivations de ces sujets "à l'opposé de cette quête d'une "amplification de la vie psychique" qui caractérise la drogue-exploration". Selon l'auteur, l'usage régulier de somnifères, calmants, stupéfiants vise à l'évitement du déplaisir et à l'évasion de la réalité. Bien vite, les produits toxiques deviennent pour ce type de consommateurs le centre de leur vie tant ils leur sont devenus indispensables, ils en dépendent psychologiquement et certains même physiquement. Bref, conclut H. Solms, ces motivations sont presque toujours le fait de "personnes présentant d'importants problèmes psychiatriques sous-jacents. Elles les poussent à fuir leurs problèmes personnels".

II. LES GROUPES CONTROLE:

1. Consultation "tout-venant":

Le premier groupe témoin est composé de 22 sujets consultant librement dans un Centre d'Hygiène Mentale et pris au hasard. Les caractéristiques cliniques de ces sujets sont les suivantes:

1. Age:

L'âge constitue le seul critère retenu pour l'examen des sujets de la consultation tout-venant car nous avons veillé à appareiller selon l'âge les protocoles Rorschach des toxicomanes et des sujets de la consultation tout-venant. La plus grande différence d'âge entre deux sujets étant, ainsi, de sept mois.

Les âges extrêmes de ces sujets sont: 14 ans et 23 ans. L'âge moyen est de 19 ans 3 mois. Le tableau 8 illustre la répartition selon les âges pour les sujets de ce premier groupe témoin. (2)

TABLEAU 8

Répartition selon les âges.

Age	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	*TOTAL*
Nombre	*1*	*1*	*3*	*3*	*3*	*3*	*2*	*1*	*3*	*2*	*22*

2. Sexe:

Les pourcentages des sujets masculins et féminins de la consultation tout-venant

(2) Les âges sont donnés en années. Ainsi, "20" ans comprend tous les sujets entre 20 ans et 20 ans 11 mois.

sont identiques à ceux de la population des toxicomanes, soit:

- 7 sujets féminins
- 15 sujets masculins.

TABLEAU 9

Répartition selon le sexe.

SEXE	CHIFFRES ABSOLUS	POURCENTAGES
Sexe masculin	*15*	*68,18%*
Sexe féminin	*7*	*31,81%*
TOTAL	*22*	*99,99%*

TABLEAU 10

Diagnostics cliniques des sujets de la consultation "tout-venant". (N = 22)

DIAGNOSTIC	SUJETS Masculins	SUJETS Féminins	TOTAL
Epilepsie psychomotrice d'origine traumatique, foyer temporal gauche	*1*		*1*
Hystérie: *– Hystérie de conversion* *– Hystérie anxieuse*		*1* *1*	*2*
Etat dépressif réactionnel	*1*	*1*	*2*
Dépression névrotique	*2*	*1*	*3*
Névrose phobique	*1*		*1*
Névrose obsessionnelle	*1*		*1*
Pré-psychose	*2*	*1*	*3*
Schizophrénie	*1*		*1*
Structure caractérielle	*1*		*1*
Troubles du comportement	*2*		*2*
Délinquance	*3*		*3*
Personnalité psychopathique		*1*	*1*
Homosexualité + troubles psychosomatiques et du comportement		*1*	*1*
	15	*7*	*22*

3. Diagnostics:

Les principaux diagnostics établis par la clinique sont résumés dans le tableau 10. Au fur et à mesure du déroulement de notre expérimentation, la saturation de notre groupe consultation "tout-venant" en troubles caractériels devenait évidente. Néanmoins, afin d'obéir aux lois des groupes pris au hasard, nous avons choisi de maintenir telle quelle la composition de notre groupe témoin consultation "tout-venant".

2. Adolescents normaux:

Le second groupe témoin est composé de 20 adolescents présumés normaux (ont été éliminés les sujets qui ont été l'objet d'une intervention psychologique ou psychiatrique), étudiants au lycée, centre d'apprentissage, collège d'enseignement technique ou à l'université.

1. Ages:

Les âges extrêmes de ces sujets sont: 14 ans 2 mois et 23 ans 1 mois. L'âge moyen est de 19 ans 1 mois et la répartition selon les âges se fait comme suit: (3)

TABLEAU 11

Répartition selon les âges.

Age	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	*TOTAL*
Nombre	*2*	*3*	*2*	*2*	*3*	*1*	*0*	*3*	*3*	*1*	*20*

La plus grande différence d'âge entre un sujet du groupe des toxicomanes et un sujet du groupe des adolescents normaux s'élève à 5 mois.

2. Sexe:

Ce second groupe témoin est constitué de: – 6 filles
– 7 garçons,
la proportion un tiers de filles-deux tiers garçons étant ainsi respectée.

C. PROCEDURE D'EXAMEN

La composition de nos trois groupes d'étude: adolescents toxicomanes, de consultation "tout-venant" et normaux, entraînait ipso facto des conditions de passation différentes d'un groupe à un autre et, par-là même, pouvait introduire des variables importantes pour notre recherche au niveau de l'interprétation du Rorschach. Aussi, afin de respecter la situation projective créée par le test de Rorschach, nous sommes-nous efforcéede réaliser des conditions de passation aussi semblables que possible pour tous les sujets.

1. Le lieu de passation:

- Tous les jeunes drogués ont été examinés dans un Centre Psycho-Social Universitaire (CPSU) genevois où se rendent librement les adolescents toxicomanes qui le désirent.

– Les sujets de consultation "tout-venant" ont été examinés dans un Centre

(3) Les âges sont donnés en années. Ainsi: "14 ans" comprend tous les sujets entre 14 ans et 14 ans 11 mois.

d'Hygiène Mentale où ils étaient venus consulter librement, de leur propre initiative ou sur le conseil de leur médecin traitant.

– Enfin, pour les adolescents normaux, le test de Rorschach a été appliqué selon les tranches d'âge: au lycée, au collège d'enseignement technique, au centre d'apprentissage ou à l'Université. Tous les établissements scolaires fréquentés par les adolescents normaux possédant un service de psychologie scolaire ou d'orientation professionnelle, l'examen a pu se dérouler dans le bureau du psychologue de l'établissement.

2. La "présentation" du test de Rorschach:

L'examen psychologique est bien souvent perçu par le sujet qui va le subir comme un moyen de mieux comprendre les difficultés d'ordre affectif dont il souffre et, par conséquent, comme un moyen de les résoudre ou de mieux les maîtriser.

C'est dans cette perspective que le test de Rorschach a été présenté et toujours proposé aux adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant" par le psychiatre ou le psychothérapeute chargés de l'investigation clinique ou du traitement. Parfois, pour les jeunes drogués, la proposition a été faite par le membre de l'équipe (éducateur, ergothérapeute, assistante sociale) avec lequel ils avaient pu établir une relation. Quant aux adolescents normaux, le test de Rorschach leur a été présenté comme un moyen de participer à une recherche, qui leur a toujours été succintement exposée, et accompagné d'une proposition d'entretien post-test, s'ils désiraient discuter de leur protocole.

En résumé, le lieu de passation a été le même pour tous les membres de chaque groupe et, pour tous les sujets examinés, le test de Rorschach a toujours été proposé et non imposé. Il n'en reste pas moins que la marge de liberté pour refuser ou accepter l'examen a beaucoup varié d'un groupe à un autre. Plus grande pour l'adolescent normal que pour le jeune drogué qui pouvait cependant refuser plus facilement l'examen que le sujet de consultation "tout-venant" étant donné les caractéristiques du lieu de passation: visites quasi quotidiennes au CPSU sans que le jeune drogué soit tenu de suivre un traitement, une cure de désintoxication, de consulter ou même de participer aux activités du centre; liberté de choisir parmi les membres de l'équipe celui avec lequel il désirait établir ou poursuivre une relation; possibilité de garder l'anonymat. Néanmoins, adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant" possédaient en commun une caractéristique de poids: tous avaient pris l'initiative de tenter une démarche auprès d'un centre de consultations, indice d'une demande d'aide manifeste ou latente.

D. TECHNIQUES D'ANALYSE

1. Au niveau individuel:

– La cotation des réponses Rorschach a été effectuée sur la base du livret de Cécile Beizmann (46).

– L'étude des psychogrammes a été effectuée en suivant l'ordre même du dépouillement et d'exploitation classiques d'un protocole Rorschach: situation d'examen, productivité, modes d'appréhension, déterminants, contenus, facteurs additionnels, chocs, phénomènes particuliers, et selon la méthode de Nina Rausch

(46) Livret de cotation des formes dans le Rorschach. Ed. du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1966.

de Traubenberg exposée dans son manuel "La pratique du Rorschach" (47).

– Ayant choisi d'appréhender la structure psychologique de l'adolescent toxicomane à travers le test de Rorschach dans une optique psychanalytique, nous avons analysé les protocoles Rorschach des sujets de nos trois groupes d'étude sur le plan formel d'abord, dynamique ensuite, adoptant ainsi les judicieuses directives énoncées par le Pr. M. Timsit de l'Université de Liège, dans son article de base "Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites" (48). "Partir des éléments formels, aller ensuite aux contenus pour tenter d'en dégager l'aspect dynamique, revenir enfin, à la lumière de ces données particulièrement éclairantes, à ces mêmes éléments formels, avec l'ambition d'en dégager une structure, cerner les mécanismes de défense, préciser le style des relations d'objet et, éventuellement esquisser une problématique, voilà, semble-t-il comment l'on peut concevoir le processus d'analyse d'un protocole Rorschach".

Notre procédure d'exploitation des données recueillies suit donc, dans ses grandes lignes, celle utilisée par M. Timsit dans son "Etude comparée de la personnalité de céphaliques et de lombalgiques à l'aide du test de Rorschach" (49) et de son "Approche de la personnalité des psychiatres et des psychologues et motivations de leur choix vocationnel". (50)

–L'approche dynamique a été faite à partir de:

– l'étude des chocs
– l'analyse qualitative des contenus
– l'étude des phénomènes particuliers.

– Nous avons utilisé pour l'étude de l'homosexualité la table des signes de Wheeler (51) malgré les avis quelques fois contradictoires portés sur la validité de cette table: positifs d'après les résultats des recherches de certains auteurs (Norman M. Stone et Robert E. Schneider (52), beaucoup plus nuancés pour d'autres: Elisabeth A. Anderson.(53) Nous avons néanmoins opté pour cette méthode d'une part, parce qu'il ne s'agissait pas d'un diagnostic individuel mais d'une étude statistique sur le nombre de signes relevés dans nos trois groupes d'étude; d'autre part, parce que la table de Wheeler ne constitue pas dans notre étude de la sexualité des toxicomanes l'unique mode d'approche, mais est complémentaire à d'autres: choc sexuel, choc au blanc, phénomène de stupeur devant le symbolisme sexuel, matériel recueilli dans les entretiens post-test et dans les thérapies.

– L'étude de la fantasmatisation repose sur l'indice d'élaboration symbolique de L. Cassiers que nous exposerons plus en détail au chapitre IV, point B.

(47) Presses Universitaires de France, Paris, 1970.

(48) Bulletin de Psychologie de l'Université de Paris, 314, XXVIII, 1974-1975, 1-6, 19-37.

(49) Bull. Soc. Franç. du Rorschach et des Méth. Proj. no 28, octobre 1974, pp. 17–30.

(50) Bull. Soc., Franç. du Rorschach et des Méth. Proj., no 28, octobre 1974, pp. 7–15.

(51) "An analysis of Rorschach indices of male homosexuality". Rorschach Exchange and Journal of Projective Techniques, 1949, 13, 97-126.

(52) Concurrent validity of the Wheeler signs of homosexuality in the Rorschach : P (Ci/Rj). Journal of Personnality Assessment, 1975, 39, 6, 573-579.

(53) The elusive homosexual: a reply to Stone and Schneider. Journal of Personality Assessment, 1975, 39, 6, 580-582.

– L'étude de l'imago maternelle a été réalisée selon la méthode de Myriam Orr, telle qu'elle est présentée dans "Le test de Rorschach et l'imago maternelle".(54)

– Enfin, l'analyse de la relation mère-enfant, mais surtout l'étude des réactions aux évocations maternelles, c'est-à-dire des conduites adoptées (d'oralité, de rapprochement, de régression etc. . .) suivent les lignes directrices de la méthode de A. Morali-Daninos, N. Canivet et F. Cerf exposée dans: "Relation mère-enfant et Rorschach".(55)

2. Au niveau des groupes:

Nous avons procédé à une analyse comparative de tous les résultats fournis au test de Rorschach par les sujets de nos trois groupes, en utilisant les deux méthodes complémentaires préconisées par L. J.° Cronbach (56) dont les travaux dans ce domaine font autorité: la méthode clinique et la méthode statistique.

a) La méthode statistique:

Pour isoler les caractéristiques psychologiques propres aux adolescents toxicomanes, nous avons fait une étude statistique de la signification des différents indices des psychogrammes entre le groupe expérimental (toxicomanes) et chacun des deux groupes témoins (normaux, puis sujets de consultation "tout-venant").

Nous devons faire remarquer que le nombre de comparaisons possibles dépasse le nombre de degrés de liberté disponibles, compte tenu des effectifs relativement faibles utilisés. Notre recherche est avant tout une recherche de type clinique, et les statistiques y sont utilisées comme un moyen surtout descriptif plus qu'inférentiel. Les niveaux de significations doivent donc être considérés plus comme des "garde-fous" que comme indiquant réellement un résultat "statistiquement" significatif. C'est une pratique certes peu rigoureuse, mais généralement admise dans les études de ce type, qui sont généralement descriptives, et dont la généralisabilité découle de leurs convergences.

1) Pour la plupart des indices, nous avons utilisé le *Mann-Whitney U Test* (S. Siegel, (57)).

Nous avons opté pour ce test parce que notre recherche s'applique à des échantillons indépendants et que les scores en jeu permettaient un classement des sujets selon une échelle ordinale. Dans l'approche formelle des psychogrammes, ne préjugeant pas de la direction de nos résultats, nous avons choisi le test à deux queues. Par contre, ayant formulé l'hypothèse d'un indice d'élaboration symbolique plus bas chez les toxicomanes que chez les sujets normaux et de consultation "tout-venant", nous avons, dans l'étude de la fantasmatisation, utilisé le test à une queue.

2) *Le Chi-Carré* a été utilisé pour quelques indices auxquels ne pouvait s'appliquer le Mann-Whitney U test, car ils ne font pas partie d'une échelle ordinale mais nominale:

– le type de résonance intime qui donne lieu à quatre catégories (Bohm):

(54) Monographie du Bulletin du Groupement Français du Rorschach, Paris, 1974.
(55) Bull. Soc. Franç. du Rorschach et des Méth. Proj., no 13-14, avril 1962.
(56) Statistical Methods Applied to Rorschach Scores, a review. Psychol. Bull. 46, 1949, 393-429.
(57) Non parametric statistics for the behavioral sciences. N.Y., McGrax-Hill, 1956.

. intratensifs
. extratensifs
. ambiéquaux
. coartés
. le FC $\leqslant$ CF + C qui donne lieu à trois catégories (Loosli-Usteri M.)
. FC $>$ CF + C
. FC $=$ CF + C
. FC $<$ CF + C

– le nombre de sujets présentant ou non:

. des conduites suicidaires
. des conduites régressives
. une réponse "pré-objet" à la planche maternelle
. une ou plusieurs réponses "drogues".

b) La méthode clinique:

Chaque trait de personnalité spécifique à l'adolescent toxicomane est illustré d'observations puisées dans les protocoles des sujets examinés pour cette étude et comparé à ceux des adolescents des deux groupes témoins. Dans l'illustration de certaines caractéristiques psychologiques à l'aide d'exemples chiffrés, nous n'avons pas, pour des raisons matérielles, reproduit l'enquête qui justifie les différentes cotations adoptées. Nous avons essayé par cette méthode de réaliser un travail d'exemplification et d'argumentation, semblable à celui de Robert-Michel Palem dans "Le Rorschach du Schizophrène".

CHAPITRE IV

RESULTATS: ANALYSE ET DISCUSSION

I. LA STRUCTURE PSYCHOLOGIQUE DE L'ADOLESCENT TOXICOMANE

A. OBSERVATION DU COMPORTEMENT

1. Face au psychologue:

Les jeunes drogués ont tendance à reporter sur l'examinateur la responsabilité de la situation.

Exemples:

– Sujet no 18:
Planche I: (a) "Une chauve-souris, quoi . . . une bête fantastique.
"Ça vous va? ça vous suffit?"

– Sujet no 11:
Planche VIII: (a) "Ouf! (silence) (manipulations) Je ne l'aime pas celle-là!
Vous me laissez les plus difficiles pour la fin".

– Sujet no 21:
Planche IV: (donne deux interprétations, une remarque symétrie) (a)
"Peut-être que vous ne voyez pas les mêmes choses que moi?
Vous voudriez que je vous donne d'autres réponses?"

– Sujet no 19:
Planche I: (a) "Il faut détailler assez? *Comment vous voulez?"*

Ce refus des responsabilités est un mode de fonctionnement primitif, spécifique à l'adolescent toxicomane: aucun adolescent normal ne l'utilise, seulement 2 sujets de consultation "tout-venant" (X^2 cor. = 8,48; significatif à .01), uniquement à la première planche et sous une forme beaucoup plus atténuée.

Exemples:

– Sujet no 14:
Planche I: (a) *"Tout ce que je peux voir?"*

– Sujet no 22:
Planche I: (a), (silence) "Une espèce de volatile préhistorique avec des pinces en avant, puis, oh! Il y aurait beaucoup de choses à dire (silence). *Il faut tout vous raconter?"*

Cette attribution constante de la responsabilité de la situation au psychologue traduit la passivité, la dépendance de ces sujets, c'est-à-dire une attitude très régressive.

2. Face au matériel:

a) La planche d'entrée dans le test:

Les attitudes mises en jeu par les adolescents face à la première planche Rorschach varient d'un groupe à l'autre. Les adolescents normaux et de consultation "tout-venant" marquent un temps de latence.

Pour les sujets de consultation, soit sous forme de silence, soit sous le couvert d'une demande de précision.

Exemple:

– Sujet nσ 17:
"Excusez-moi, vous voulez dire en général ou en détail? "

Les adolescents normaux, tout en témoignant de la même attitude, manifestent surtout leur désir de réaliser une bonne performance.

Exemples:

– Sujet no 14:
"Faut-il en rajouter encore"
– Sujet no 18:
"Je complète la tête de renard? Je peux dire aussi les parties, les oreilles, les yeux etc. . . "

Les toxicomanes, contrairement aux sujets des deux groupes témoins, réagissent immédiatement. La quasi généralité de cette attitude, nous la relevons chez 20 toxicomanes sur 22, soit 91% de cette population, différencie les jeunes drogués des adolescents normaux ($X^2 = 13{,}80$; S. à .001) et de consultation "tout-venant" ($X^2 = 8{,}29$; S. à .01).

L'immédiateté de réaction du toxicomane confronté à une situation nouvelle ne laisse aucune possibilité d'intervention à la pensée: nous trouvons, là, un indice de l'impulsivité du jeune drogué, de l'excitabilité trop grande de ses affects.

Ce type de comportement à la première planche Rorschach est celui observé par Cécile Beizmann et Dominique Guilbert Romano (58) (59) chez les jeunes enfants (3, 4 ans): il s'agit chez nos adolescents toxicomanes de la mise en jeu d'une attitude très infantile, donc régressive.

b) Au cours de l'examen:

Les adolescents toxicomanes (13 sujets, 59%) adoptent des attitudes de fuite, de retrait passif que nous ne rencontrons jamais chez les adolescents de nos deux groupes témoins.

Exemples:

– Sujet no 9:
Planche III: choc
(a) "Des femmes faisant la vaisselle (long silence), des femmes se partageant un enfant (silence). Je crois que c'est tout.

(58) Le Rorschach chez l'enfant de 3 à 10 ans, Paris, Delachaux et Niestlé, 1961.
(59) L'enfant face au test de Rorschach, Paris, PUF, 1975.

Je n'aime pas tellement travailler. J'ai mal à la tête et puis je n'aimepas tellement travailler".

– Sujet no 6:
Planche V: (a) "Là, je vois un papillon, je suis (parle entre ses dents), une pince, *je suis fatigué".* (Repose la planche loin de lui).
Planche IX: (silence) (a), "Là, je vois une guitare à l'envers. *Vous savez je commence à être fatigué de vos tests.* Peuh! deux diables, de la verdure".

– Sujet no 14:
Planche IX: refus
(très long silence, nombreuses manipulations). (a) *"Je suis fatigué.* (silence) Cet assemblage de couleurs, *ça* ne me dit rien . . . C'est beau, mais pour voir quelque chose, là, *ça* ne me fait penser à rien".

C'est principalement aux planches qui suscitent le plus grand malaise chez les toxicomanes que nous relevons ces deux attitudes: planche III (planche de la virilité, Loosli-Usteri), planche V (planche de la réalité), planches des imagos parentales (IV, VII, IX).

En conclusion, l'observation du comportement du jeune drogué confronté au test de Rorschach laisse apparaitre la mise en jeu élective de certaines attitudes qui révèlent l'importance de la régression: impulsivité, excitabilité extrême des affects face aux situations nouvelles; rejet des responsabilités sur autrui; adoption d'attitudes de fuite, de passivité, de dépendance face aux situations anxiogènes ou conflictuelles.

B. APPROCHE FORMELLE

Après avoir appliqué le test de Rorschach individuellement à tous les sujets de nos trois groupes d'étude (toxicomanes, normaux et consultation "tout-venant"), nous avons comparé les résultats donnés selon les techniques classiques d'analyse. Puis, nous avons établi les grilles statistiques différentielles suivantes:

A. – Groupe des Toxicomanes – Groupe des Normaux

B. – Groupe des Toxicomanes – Groupe de Consultation "tout-venant"

– La comparaison A permet d'appréhender les indices formels qui différencient les adolescents toxicomanes des adolescents normaux.

– La comparaison B nous donne la grille statistique différentielle qui distingue les jeunes drogués des adolescents de consultation "tout-venant".

Le tableau 12 synthétise les résultats obtenus. Les indices ne figurant pas dans ce tableau ont été éliminés du fait de leur rareté.

Test statistique: Mann-Whitney U test

Région de rejet: test à deux queues

+	=	significatif à .10
++	=	significatif à .05
+++	=	significatif à .01
++++	=	significatif à .001

TABLEAU 12

Grilles A et B

TOXICOMANES–NORMAUX			TOXICOMANES-CONSULTATION (C.T.V.)		
Indices	Direction de la différence	Décision	Indices	Direction de la différence	Décision
R	*Tox.* > *Nor.*	–	*R*	*Tox.* > *C.T.V.*	++
G%	*Tox.* > *Nor.*	–	*G%*	*Tox.* > *C.T.V.*	–
D%	*Tox.* < *Nor.*	–	*D%*	*Tox.* > *C.T.V.*	–
Dd%	*Tox.* > *Nor.*	+	*Dd%*	*Tox.* > *C.T.V.*	–
Db1%	*Tox.* > *Nor.*	++	*Db1%*	*Tox.* > *C.T.V.*	++
Db1G%	*Tox.* < *Nor.*	-	*Db1G%* . . .	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Do%	*Tox.* > *Nor.*	-	*Do%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Dd+Db1+Do%	*Tox.* > *Nor.*	+++	*Dd+Db1+Do%*	*Tox.* > *C.T.V.*	+
F%	*Tox.* < *Nor.*	-	*F%*	*Tox.* < *C.T.V.*	-
F+%	*Tox.* < *Nor.*	-	*F+%*	*Tox.* < *C.T.V.*	-
K	*Tox.* ≅ *Nor.*	-	*K*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Kan	*Tox.* > *Nor.*	-	*Kan*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Kob	*Tox.* > *Nor.*	+	*Kob*	*Tox.* > *C.T.V.*	+
CF%	*Tox.* > *Nor.*	+	*CF%*	*Tox.* > *C.T.V.*	++
FC%	*Tox.* < *Nor.*	-	*FC%*	*Tox.* < *C.T.V.*	-
ΣC (pondéré) . . .	*Tox.* > *Nor.*	+++	*ΣC (pondéré)* .	*Tox.* > *C.T.V.*	-
RC%	*Tox.* > *Nor.*	-	*RC%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
EF%	*Tox.* < *Nor.*	-	*EF%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
FE%	*Tox.* < *Nor.*	-	*FE%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
ΣE (pondéré) . . .	*Tox.* > *Nor.*	-	*ΣE(pondéré)* .	*Tox.* > *C.T.V.*	+
Fclob%	*Tox.* > *Nor.*	-	*Fclob%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
ΣClob(pondéré) .	*Tox.* > *Nor.*	-	*ΣClob(pondéré)*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
A%	*Tox* ≅ *Nor.*	-	*A%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
H%	*Tox.* > *Nor.*	-	*H%*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Obj%	*Tox.* > *Nor.*	-	*Obj.%*	*Tox.* ≅ *C.T.V.*	-
Anat%	*Tox.* > *Nor.*	-	*Anat%*	*Tox.* > *C.T.V.*	+
H.A.S.S.%	*Tox.* > *Nor.*	-	*H.A.S.S.%* . . .	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Bot.Pl.	*Tox.* > *Nor.*	-	*Bot. Pl.*	*Tox.* ≅ *C.T.V.*	-
Géo.	*Tox.* < *Nor.*	++	*Géo.*	*Tox.* = *C.T.V.*	-
Arch.	*Tox.* > *Nor.*	++	*Arch.*	*Tox.* > *C.T.V.*	+
Pays.Nat.	*Tox.* > *Nor.*	-	*Pays Nat.*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Eléments	*Tox.* > *Nor.*	-	*Eléments*	*Tox.* > *C.T.V.*	-
Sang,feu	*Tox.* > *Nor.*	++	*Sang, feu*	*Tox.* > *C.T.V.*	+
Explosion	*Tox.* > *Nor.*	+	*Explosion*	*Tox.* > *C.T.V.*	+
Ban.%	*Tox* ≅ *Nor.*	-	*Ban.%*	*Tox.* ≅ *C.T.V.*	-
Refus	*Tox.* > *Nor.*	-	*Refus*	*Tox.* < *C.T.V.*	+++

I. NOMBRE DE REPONSES:

La productivité des adolescents toxicomanes est normale ($p > .10$). Les jeunes drogués s'extériorisent plus facilement que les adolescents de consultation "tout-venant" ($p < .05$).

II. MODES D'APPREHENSION:

Les indices présentant des différences significatives sont:

- la triade Dd + Dd1 + Do
- le Dd%
- le Db1%

1. Le syndrome d'incertitude intérieure:

Le syndrome d'incertitude intérieure est plus fréquent et plus profond chez les adolescents toxicomanes:

- nous le relevons chez la moitié de nos sujets (11), chez un seul adolescent normal, et chez 5 sujets de consultation seulement;

- de même, le Dd + Db1 + Do% est plus élevé chez les drogués: la différence est faible par rapport aux sujets de consultation "tout-venant" ($p = .10$), mais significative par rapport aux adolescents normaux ($p < .01$).

Nous pouvons donc dire que ce qui caractérise le jeune drogué dans son approche du réel, c'est un sentiment d'incertitude intérieure qui trouve son origine dans des troubles affectifs (Loosli-Usteri).

2. Les Dd:

Chez les toxicomanes, leur nombre est légèrement plus élevé que chez les normaux ($p <$ à .10), et leur nature différente des Dd produits par les sujets de consultation. Les Dd des toxicomanes sont essentiellement des Dd axiaux et intérieurs (le double environ, tableaux 13 et 14); quant à ceux des sujets de consultation, ils contiennent de nombreux Dd rares: 10 découpes extraordinaires sur les 49 Dd produits (23,80%), données par 10 adolescents de consultation sur les 15 produisant des réponses petit détail (66,66%).

Les toxicomanes sont davantage perturbés dans leur rapport au monde par des moyens de réaction plus pauvres, mis en jeu pour tenter de maîtriser leur anxiété (Dd%, Dd axiaux et intérieurs).

TABLEAU 13

Catégories Dd produits par nos trois groupes d'adolescents.

Groupes	Dd de bordure	Dd axial	Dd intérieur	Nombre total de Dd
Normaux	*36*	*4*	*2*	*42*
Toxicomanes	*47*	*31*	*9*	*87*
Consultation	*35*	*13*	*1*	*49*

Si nous regroupons, et cela en fonction de leur valeur interprétative (anxiété), les Dd axiaux et intérieurs, nous avons en poucentages:

TABLEAU 14

Groupes	Dd de bordure	Dd axiaux + Dd intérieurs	Total
Normaux	*76,19%*	*23,80%*	*99,99%*
Toxicomanes	*54,02%*	*45,97%*	*99,99%*
Consultation	*71,42%*	*28,57%*	*99,99%*

3. Les Db1:

Les Db1%sont plus élevés chez nos toxicomanes comparés aux adolescents normaux et de consultation ($p < .05$). De plus, les Db1 des jeunes drogués ont une valeur affective:

1) il s'agit surtout de réponses à base émotionnelle (tableau 15), et le nombre de toxicomanes produisant des Db1 de cette nature est plus élevé que celui des adolescents normaux (X^2 cor. $= 4,39$; S. à .05) et de consultation "tout-venant" (X^2 cor. $= 5,02$; S. à .05);

2) les contenus sont le plus souvent archaïques (grotte, trou, vide, gisement d'eau, parchemin), ou dysphoriques (squelette, crâne, "mort sans visage"): 3 fois plus que chez les adolescents de nos deux groupes témoins (tableau 16). Et les jeunes drogués sont plus nombreux que les adolescents normaux (X^2 cor. $= 7,63$; S. à .01) et de consultation (X^2 cor. $= 4,26$; S. à .05) à donner de tels contenus;

3) enfin, les Db1 des toxicomanes (comme ceux des sujets de consultation)sont rarement donnés en dernière position et accompagnés de réponses formelles de bonne qualité, comme les Db1 produits par les adolescents normaux, réponses sthéniques qui témoignent chez ces sujets d'un sens de la réalité objective, d'une capacité de contrôle (tableau 17).

Il existe donc chez l'adolescent toxicomane une forte agressivité inconsciente. (9 toxicomanes ont un Db1% supérieur à 10; les plus élevés atteignant 16,12 et 18,05%).

TABLEAU 15
Analyse des déterminants associés aux Db1 produits par nos trois groupes d'étude.

Déterminants	GROUPES		
	Normaux	Toxicomanes	Consultation
F +	*69%*	*54%*	*65%*
F±	*28%*	*22%*	*10%*
F−	*0%*	*9%*	*20%*
Clob,E,C'	*3% 1 sujet*	*15% 8sujets*	*5%1 sujet*
TOTAL	*100%*	*100%*	*100%*

TABLEAU 16

Analyse des contenus associés aux réponses Db1 produites par les adolescents de nos trois groupes étudiés.

CONTENUS	GROUPES					
	Normaux		Toxicomanes		Consultation	
	N	%	N	%	N	%
Neutres	29	90,62%	46	67,64%	18	90%
Archaïque Régressifs	3	9,37%	10	14,70%	1	5%
Dysphoriques	0	0	12	17,64%	1	5%
TOTAL	32	99,99%	68	99,98%	20	100%

(Les 3 contenus régressifs du groupe "adolescents normaux" sont produits par le même sujet et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de ce groupe.)

TABLEAU 17

Position des Db1 à l'intérieur de la planche pour nos trois groupes d'adolescents.

POSITION	GROUPES					
	Normaux		Toxicomanes		Consultation	
	N	%	N	%	N	%
1ère position	1	3,12%	11	16,17%	3	15%
dernière position	15	46,87%	3	4,41%	1	5%
position intermédiaire	8	25%	54	79,41%	16	80%
de bordure	8	25%	0	0	0	0
TOTAL	32	99,99%	68	99,99%	20	100%

III. LES DETERMINANTS:

1. Les déterminants formels:

a) Le F% :

L'adaptation à la réalité extérieure grâce au contrôle exercé par la pensée rationnelle ne distingue pas les adolescents toxicomanes de ceux des deux groupes témoins ($p > .10$).

b) le F+% .

De même, la précision de la pensée ne différencie pas les toxicomanes des adolescents des deux groupes de contrôle ($p > .10$).

En résumé, chez le jeune drogué la pensée est suffisamment précise et capable de jouer un rôle normal dans les démêlés avec la réalité extérieure pour lui permettre de se diriger dans la vie et de garder une façade sociale.

2. Les kinesthésies:

Seules les kinesthésies d'objet présentent une différence comparées à celles produites par les adolescents normaux et de consultation "tout-venant". Mais, la différence observée n'est que légère ($p < .10$) et les réponses kob sont nombreuses dans tous les protocoles des jeunes sujets examinés: on peut donc dire que l'intensité pulsionnelle est une caractéristique commune aux adolescents, quel que soit leur groupe d'appartenance.

3. Les réponses chromatiques:

Les adolescents toxicomanes sont plus soumis à l'influence des facteurs affectifs que les adolescents normaux ($\Sigma C > ; p < .05$), mais pas plus que les sujets de consultation "tout-venant" ($p > .10$). Par contre, le caractère labile, égocentrique de leur affectivité les distingue à peine des adolescents normaux (CF% significatif à .10 seulement), alors qu'il les différencie de façon plus claire des adolescents de consultation "tout-venant" ($p < .05$).

Mais, ce qui caractérise surtout l'affectivité du jeune drogué, c'est son impulsivité intense, explosive qui ne vise qu'à la décharge de l'affect.

Pour les 14 toxicomanes (63,63%) produisant un et fréquemment plusieurs C purs (10 drogués donnent entre 3 et 5 C), nous trouvons:

- 2 adolescents normaux,
- 7 sujets de consultation "tout-venant" produisant une seule réponse C.

Les différences observées sont significatives par rapport aux normaux ($p < .01$) et par rapport aux adolescents de consultation "tout-venant" ($p < .05$).

4. Les réponses estompage:

Les différentes catégories de réponses estompage (texture, perspective, diffusion) et les valeurs interprétatives qui leur sont rattachées, rendent indispensable l'analyse de ces réponses selon une double approche: statistique et qualitative. Précisons que pour cette dernière, nous avons adopté la terminologie de l'école française.

a) Les EF:

L'analyse statistique ne permet pas de conclure à une différence entre la produc-

tion de EF par les jeunes drogués et celle des adolescents des deux groupes de contrôle ($p > .10$).

L'analyse qualitative des EF donnés par les sujets de nos trois groupes d'étude est résumée dans le tableau 18.

TABLEAU 18

Répartition des EF produits par nos trois groupes d'adolescents selon leur nature (surface, perspective, diffusion).

	Normaux	Toxicomanes	Consultation	Rapports Intergroupes
Texture	*Indice: 0,15 3/20*	*Indice: 0,13 3/22*	*Indice: 0,04 1/22*	*0,15/0,13 = 1,15 0,13/0,04 = 3,25*
Diffusion	*Indice: 0,50 10/20*	*Indice: 0,40 9/22*	*Indice: 0,18 4/22*	*0,50/0,40 = 1,25 0,40/0,18 = 2,22*
Perspective	*Indice: 0,65 13/20*	*Indice: 0,50 11/22*		*0,65/0,40 = 1,3*
Réponses intellectuelles			*Indice: 0,04 1/22*	
Rapports intragroupes	*13/10: 1,3 13/3: 4,33*	*11/9: 1,22 11/3: 3,66*	*4/1 : 4 4/1 : 4*	

Le fait le plus prégnant qui ressort de la lecture du tableau 18, est l'existence d'une certaine homogénéité dans la production des EF des adolescents normaux et des toxicomanes.

1.– En effet, nous relevons chez les sujets de ces deux groupes la prédominance des EF de perspective par rapport aux EF de diffusion et surtout de texture: 4 fois environ plus nombreux.

Les adolescents normaux et toxicomanes possèdent en commun certaines caractéristiques psychologiques: un manque d'assurance, de confiance en soi, de doute quant à sa propre valeur, c'est-à-dire des traits spécifiques à l'adolescence dite normale.

2.– D'autre part, leur production de EF de texture et de diffusion est nettement plus élevée que celle des sujets de consultation "tout-venant".

pour les adolescents toxicomanes:

- plus de trois fois de EF de texture
- plus de deux fois de EF de diffusion

pour les adolescents normaux:

- presque quatre fois plus de EF de texture
- presque trois fois plus de EF de diffusion.

En d'autres termes, adolescents normaux et jeunes drogués manifestent également une avidité affective infantile, une recherche de contact qu'accompagne

une anxiété diffuse née de l'insatisfaction des besoins essentiels de sécurité et d'amour.

b) Le Σ E (pondéré):

Le Σ E (pondéré) est plus élevé chez les adolescents toxicomanes que chez les sujets de consultation "tout-venant" ($p < .10$).

Cette élévation jointe à la nature des EF produits, au nombre plus grand de jeunes drogués donnant des E purs (6 toxicomanes pour 3 sujets de consultation "tout-venant"), confirment l'accentuation de l'inquiétude quant à sa propre valeur, de l'avidité affective infantile et d'une certaine anxiété flottante chez l'adolescent toxicomane.

5. Le contrôle de l'affectivité:

Si les toxicomanes sont capables d'adaptation affective (FC% non significatif, $p > .10$), le contrôle pulsionnel, résumé dans le tableau 19, paraît mauvais.

TABLEAU 19
Contrôle de l'affectivité

Toxicomanes-Normaux			Toxicomanes-Consultation	
Indices	*Direction de la différence*	*Probabilité X^2*	*Direction de la différence*	*Probabilité X^2*
FC ≷ CF + C	*Prédominance de FC < chez les drogués*	*X^2 cor. = 8,02 S.à .01*	*Egale prédominance de FC < dans les 2 groupes*	*X^2 = 0,15 N.S.*
FE ≷ EF + E	*Egale prédominance de FE > les 2 groupes*	*X^2 = 0,05 N.S.*	*≅ dans les 2 groupes*	*X^2 = 0,63 N.S.*
Σ K ≷ Σ K	*Prédominance du Σ K ⩾ chez les normaux*	*X^2 = 2,63 N.S.*	*Prédominance de K ⩾ chez les drogués*	*X^2 = 0,90 N.S.*
Σ C ≷ Σ E	*Prédominance du Σ C > chez drogués*	*X^2 = 4,62 S.à 0.5*	*Prédominance Σ C > chez les drogués*	*X^2 = 0,86 N.S.*
TRI	*Prédominance des extratensifs chez les drogués*	*X^2 = 4,56 S.à .05*	*≅ prédominan- des extratensifs dans les 2 groupes*	*X^2 = 0,41 N.S.*
Formule complémentaire du TRI	*Prédominance d'une orientation opposée au TRI chez les drogués*	*X^2 = 6,04 S.à .05*	*Prédominance d'une orientation opposée au TRI chez les drogués*	*X^2 = 4,69 S.à .05*

La lecture de ce tableau laisse apparaître l'immaturité affective des adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant". En effet:

1.– La prédominance du type-couleur de droite signe une affectivité labile, impulsive et inadaptée.

2.– Le TRI extratensif montre leur insuffisance de recul dans l'appréciation de la réalité objective: ces sujets sont trop dépendants des charges affectives qu'ils ne peuvent dominer, ils ne réussissent guère à maintenir un bon contrôle émotionnel en face des stimuli extérieurs. Leur affectivité est instable et si leur contact avec autrui est aisé, il est aussi superficiel.

3.– La prédominance du ΣC sur le ΣE renforce le caractère dangereux de la réactivité affective immédiate, la tendance à perdre son contrôle que ce soit sous une forme agressive ou sexuelle (Piotrowski).

4.– Enfin, chez les jeunes drogués, l'orientation opposée de la formule complémentaire révèle l'absence d'harmonie entre les tendances de ces sujets, leurs aspirations profondes plus ou moins conscientes et leurs réalisations.

IV. LES CONTENUS:

Parmi les divers contenus relevés dans les protocoles des adolescents de nos trois groupes d'étude, nous ne retiendrons que les contenus présentant des différences significatives.

1.– Le pourcentage de réponses anatomiques données par les jeunes drogués est plus élevé que celui des sujets de consultation "tout-venant" et la différence observée est légère ($p < .10$).

Comparé à celui des adolescents normaux, la différence, en faveur des toxicomanes, n'est plus significative ($p > .10$). Mais, nous pensons que le nombre élevé de réponses anatomiques ne revêt pas la même signification chez les adolescents normaux: chez ces derniers, il traduirait, selon nous, leur désir de briller intellectuellement, tout comme leur nombre de réponses "géographie" aussi plus élevé ($p < .05$).

Quant à l'élévation significative du nombre de réponses "anatomie" chez les toxicomanes, nous l'attribuons à un intérêt ou à une préoccupation des jeunes drogués pour leur santé, très certainement en relation avec l'usage abusif de toxiques (ce que confirmera l'analyse qualitative de certains contenus).

2.– La fréquence plus grande chez les adolescents toxicomanes de réponses "architecture" exprime leurs efforts pour compenser leur sentiment d'inconsistance intérieure (Bohm) ($p < .05$ et $p < .10$).

3.– Le nombre de réponses "explosion, volcan qui explose" fournies par les toxicomanes est lui aussi plus élevé que celui des adolescents des deux groupes témoins ($p < .10$).

Il en est de même pour les réponses "sang" et "feu" plus nombreuses que chez l'adolescent normal ($p < .05$) et de consultation "tout-venant" ($p < .10$).

Autrement dit, le manque de contrôle pulsionnel, notamment des pulsions agressives, caractérise le jeune drogué.

V. SYNTHESE:

L'étude des grilles statistiques différentielles A et B (tableau 12) montre:

A.– *Une certaine homogénéité entre les indices formels* que nous avons pu

isoler comme différenciant les toxicomanes des adolescents normaux et de consultation "tout-venant".

Ces indices formels laissent déjà apparaître un profil de personnalité du jeune drogué cliniquement cohérent:

1. Triade Dd + Db1 + Do%, Dd axiaux et intérieurs, réponses "Architecture":

Tous ces items traduisent l'importance du sentiment d'incertitude intérieure, de l'anxiété qui habite le toxicomane, les efforts tentés pour compenser le manque d'inconsistance intérieure, mais aussi la pauvreté des moyens à disposition.

2. Db1 et réponses Kob: révèlent la problématique pulsionnelle. Les réponses intermaculaires signent une intense agressivité et les petites kinesthésies d'objet l'explosivité pulsionnelle manifestée par les jeunes drogués. Presque toujours associées à des réponses estompage ou à la couleur noire, elles témoignent de l'anxiété ressentie par le toxicomane face à l'émergence des pulsions et des désirs.

3. C, CF, FC<CF+C, ΣC (pondérée), ΣC>ΣE, réponses "explosion", "sang", "feu", TRI, succession.

Cette série d'items laisse apparaître l'immaturité affective du jeune drogué. Les toxicomanes sont des sujets impulsifs, changeants, égocentriques. Ils ne parviennent guère à manier leurs pulsions qu'ils ont tendance à décharger de façon instable et explosive.

B.– *La présence de la triade adaptative:* F + % (zone normale inférieure) A% et Ban %, et *d'un nombre relativement élevé de K de bonne qualité* qui attestent du maintien des liens avec la réalité. Autrement dit, les protocoles des adolescents toxicomanes ne se présentent pas comme ceux de schizophrènes.

Si, au state de l'approche formelle des protocoles Rorschach, notre recherche permet de dégager un type clinique de personnalité assez cohérent chez le jeune drogué, il faut cependant relever que certains des items retenus ne sont que légèrement significatifs ($p<.10$) lorsque nous les comparons à ceux obtenus par les adolescents de consultation "tout-venant": triade Dd+Db1+Do%, kob, réponses "Architecture", "explosion", "sang", "feu", ou pas du tout: FC <CF + C, ΣC (pondéré) ($p>.10$). Autrement dit: pauvreté de l'intégration des affects, syndrome d'incertitude intérieure, efforts pour compenser le sentiment d'inconsistance intérieure seraient des caractéristiques psychologiques, plus ou moins accentuées, communes aux adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant" dont le Moi se révèlerait également particulièrement faible.

Dès lors, surgit une question: le trouble de base de la personnalité de l'adolescent toxicomane est-il de même nature que celui de l'adolescent de consultation "tout-venant", ne s'écartant de ce dernier que par une différence de gravité?

Pour répondre à cette question fondamentale, nous avons tout d'abord recherché les indices formels qui différenciaient de façon claire les adolescents de consultation "tout-venant" des adolescents normaux, obtenant ainsi la grille statistique différentielle C (tableaux 20 et 21). Puis, nous avons tenté la comparaison des trois grilles A, B, C dans leur ensemble. Nous avons donc choisi de rassembler les résultats des trois grilles A, B, C en deux tableaux comparatifs (tableaux 22 et 23), le groupe des sujets normaux étant pris comme groupe de référence. Afin de marquer l'écart par rapport au normal, nous avons porté en abscisse les valeurs z ou U pour chaque item retenu, selon la direction de la différence observée (< ou >).

TABLEAU 20 – GRILLE C

TOXICOMANES – CONSULTATION "TOUT-VENANT"		
Indices	Direction de la différence	Décision
R	*C.T.V.* < *Nor.*	++
G %	*C.T.V.* > *Nor.*	-
D %	*C.T.V.* < *Nor.*	-
Dd%	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Db1 %	*C.T.V.* < *Nor.*	++
Db1G %	*C.T.V.* ≅ *Nor.*	-
Do %.....	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Dd+Db1+ Do % ...	*C.T.V.* > *Nor.*	+
F %.....	*C.T.V.* > *Nor.*	-
F+ %	*C.T.V.* < *Nor.*	-
K	*C.T.V.* < *Nor.*	-
Kan	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Kob	*C.T.V.* > *Nor.*	-
CF%	*C.T.V.* < *Nor.*	+
FC %	*C.T.V.* < *Nor.*	-
ΣC (pondéré)	*C.T.V.* > *Nor.*	-
RC %.....	*C.T.V.* < *Nor.*	+
EF %.....	*C.T.V.* < *Nor.*	-
FE %	*C.T.V.* < *Nor.*	-
ΣE (pondéré)	*C.T.V.* < *Nor.*	+
Fclob	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Σclob (pondéré) ...	*C.T.V.* ≅ *Nor.*	-
A %.....	*C.T.V.* > *Nor.*	-
H %	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Obj	*C.T.V.* < *Nor.*	-
Anat.%	*C.T.V.* < *Nor.*	+
H.A.S.S.%	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Bot.Pl.	*C.T.V.* < *Nor.*	-
Géo	*C.T.V.* < *Nor.*	++
Architecture	*C.T.V.* > *Nor.*	+
Pays. Nat	*C.T.V.* < *Nor.*	-
Eléments	*C.T.V.* < *Nor.*	-
Sang, feu	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Explosion	*C.T.V.* > *Nor.*	-
Ban%.....	*C.T.V.* ≅ *Nor.*	-
Refus	*C.T.V.* > *Nor.*	+++

Test statistique: Mann-Whitney U test

Région de rejet: test à deux queues

+ = significatif à .10
++ = significatif à .05
+++ = significatif à .01
++++ = significatif à .001

TABLEAU 21 – GRILLE C

Contrôle de l'affectivité

CONSULTATION "TOUT-VENANT" – NORMAUX			
Indices	Direction de la différence	X^2	Décision
FC ≷ CF + C	*Prédominance de FC < chez les sujets de C.T.V.*	*5,51*	++
FE ≷ EF + E	*Prédominance de FE < chez les sujets de C.T.V.*	*2,52*	-
Σ K ≷ Σ K	*Légère prédominance de Σ K < chez les sujets de C.T.V.*	*0,45*	-
Σ C ≷ Σ E	*Légère prédominance de Σ C < chez les sujets de C.T.V.*	*0,47*	-
TRI	*Prédominance des extratensifs chez les sujets de C.T.V.*	*2,34*	+
Formule complémentaire du TRI	*Egale prédominance d'une orientation opposée au TRI*	*0,12*	-

Test statistique: Chi-carré
Région de rejet: Test à deux queues

+ = légèrement significatif à .10
++ = significatif à .05
+++ = très significatif à .01
++++ = très significatif à .001

Les tableaux comparatifs 22 et 23 mettent en évidence les faits suivants:

1.– Par rapport aux sujets normaux, les adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant" montrent une différence en sens inverse pour deux items: Db1% et CF%

Pour trois autres items: RC%, Σ E, Σ C< Σ E, les adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant" s'écartent du normal en sens inverse, mais les différences observées ne sont pas significatives pour les deux groupes: le Σ C <ΣE n'est significatif que pour les jeunes drogués, le RC% et le Σ E pour les sujets de consultation "tout-venant".

Ces premières constatations pourraient déjà laisser supposer une différence de nature du trouble de base.

TABLEAU 22

Comparaison des grilles A, B, C

p	Direction de la différence <				No	Direction de la différence >			
	.001	.01	.05	.10	0	.10	.05	.01	.001
R			C		T				
G%					C	TC			
D%				TC					
Dd%					C	T			
Do%					TC				
Db1%			C				T		
Dd+Db1+Do%						C		T	
F%					C				
F+%					C				
K				C	T				
Kan					C	TC			
Kob					C	C	T		
C					C	C		T	
CF%				C			T		
FC%				TC					
ΣC					C	C		T	
RC%				C		T			
E					C	C T			
EF%				T C					
FE%				T C					
ΣE				C	T	T			
ΣClob					C	C T			
H%						T C			
A%					T	C			
Anat%				C		T			
Arch.						C	T		
Sang feu						C	T		
Explosion					C		T		
Refus					T			C	

No: Normaux
C : Consultation "tout-venant"
T : Toxicomanes

2.– Parmi les items qui marquent un écart significatif entre adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant" (tableau 12), deux items seulement: l'indice d'incertitude intérieure et le nombre de réponses "architecture" s'écartent des normaux dans le même sens, mais les différences observées entre adolescents normaux et de consultation "tout-venant" ne sont que légèrement significatives ($p < .10$), alors qu'elles sont significatives pour les jeunes drogués (.01 et .05).

.. Pour le nombre de réponses et de refus, les jeunes drogués se rapprochent des adolescents normaux, à l'inverse des sujets de consultation.

TABLEAU 23

Comparaison des grilles A,B,C, pour le contrôle de l'affectivité

p	Direction de la différence <				Direction de la différence >			
	.001	.01	.05	.10	.10	.05	.01	.001
FC>CF+ C		T	C					
FE> EF + E				C	T			
$\Sigma K < \Sigma K$				T C				
$\Sigma C < \Sigma E$			T		C			
TRI: Extratensifs					C	T		
Orientation opposée de la formule complémentaire.					C	T		

No: Normaux
C : Sujets de consultation "tout-venant"
T : Toxicomanes

.. Par contre, pour les items: kob et surtout ΣC (pondéré), réponses "sang", "feu", "explosion", type de résonance intime, TRI et formule complémentaire, les toxicomanes s'éloignent des normaux (p<à .01 et à .05), alors que les sujets de consultation "tout-venant" les rejoignent.

Cette disparité constitue un indice supplémentaire en faveur de notre hypothèse d'organisations de personnalité différentes chez les sujets de ces deux groupes.

3.– Enfin, si nous étudions maintenant les tableaux 22 et 23 du point de vue qualitatif, les résultats obtenus sous 1 et 2 se trouvent confirmés.

En effet, nous remarquons:

a) Des caractéristiques psychologiques communes aux adolescents des deux groupes:

.. Les adolescents toxicomanes comme les sujets de consultation "tout-venant" apparaissent perturbés dans leur approche du réel par des sentiments d'incertitude intérieure, d'inconsistance intérieure qui revêtent un degré de gravité plus accentué chez les jeunes drogués (triade Dd + Dbl + Do%,réponses "architecture").

. . La fragilité du contrôle pulsionnel caractérise le fonctionnement du sujet de consultation "tout-venant" et du toxicomane. Néanmoins, elle apparaît plus marquée chez ce dernier (FC < CF + C).

b) Des traits de personnalité propres à chacun de ces deux groupes:

. . Chez les sujets de consultation "tout-venant" surgissent, comme on pouvait cliniquement s'y attendre étant donné la composition de ce groupe, des signes de malaise: R faible, refus élevés, et des signes d'inhibition émotionnelle: RC%,Σ E et surtout Dbl% inférieurs.

. . A l'inverse, les jeunes drogués manifestent nettement des signes de désinhibition impulsive, de forte labilité émotionnelle, d'affectivité égocentrique et instable. (C purs, ΣC, Kob, Dbl%, réponses "sang", "feu", "explosion").

Chez eux, les besoins affectifs s'expriment sans aucune barrière, sans aucun frein. Ces sujets se révèlent très soumis aux sentiments, peu aptes à différer la gratification, leur conduite est essentiellement régie par le principe de plaisir (TRI extratensif).Ils sont très souvent en butte à des conflits résultant de l'inadéquation entre des tendances profondes, des aspirations plus ou moins conscientes et leur réalisation (formule secondaire d'orientation opposée au TRI).

Enfin, les toxicomanes se montrent plus facilement accessibles à l'angoisse: Dd intérieurs et axiaux fort nombreux, augmentation du clob, mais non significative.

En conclusion, l'étude des grilles statistiques différentielles et leur comparaison nous permettent, d'ores et déjà, de cerner une constellation de traits saillants de personnalité propres à l'adolescent toxicomane, qui le situent dans une zone de vulnérabilité qu'on a spécifiée par des approches diverses (descriptive, structurale, psycho-dynamique, expérimentale) et qui recouvre *l'état-limite.*

Quels sont ces traits de personnalité?

Quelles sont ces approches?

Pour étayer notre affirmation d'une parenté entre l'organisation de la personnalité du toxicomane et celle de l'état-limite, nous nous référerons à l'importante contribution apportée par M. Timsit à la connaissance de cette entité morbide, tant par son analyse de "L'évolution du concept des "états-limites" (60) que par son étude sur "Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites" (48). Nous nous reporterons surtout à l'analyse approfondie, fine et précise que cet auteur fait des plus récentes recherches consacrées aux états-limites: travaux de Wolberg (1952), Kernberg (1967), Grunker, Werble et Drye (1968), Bergeret (1970). Kernberg (61) appréhende l'état-limite sous diverses approches: descriptive, structurale, psychodynamique et son apport est reconnu comme le plus riche et le plus valable. Aussi, utiliserons-nous essentiellement les résultats de ses travaux.

1. L'organisation de la personnalité de l'état-limite:

(60) Les "états-limites". Evolution des concepts, in: L'évolution psychiatrique, 4, 679-724, 1971.

(48) Loc. cit. page 36.

(61) Borderline Personality Organization. Jour. Amer. Psychoanal. Assoc., 15: 641-685, 1967.

a) Dans son tableau descriptif, Kernberg retient 6 composantes de base:

1) L'anxiété qui revêt chez l'état-limite une forme tout à fait particulière: il s'agit d'une anxiété diffuse, flottante et constante que les autres symptômes ne parviennent pas à recouvrir.

2) Une névrose poly-symptomatique.

3) Des tendances sexuelles perverses polymorphes qui, chez ces sujets, sont multiples, très chaotiques, bizarres et associées à des relations d'objet instables.

4) Les structures de personnalité pré-psychotique: "classiques", paranoïaques, schizoïdes, hypomaniaques et cyclo-thymiques.

5) L'impulsivité névrotique.
Il s'agit d'une pathologie sévère du caractère. Le fonctionnement de ces sujets est dominé par des impulsions, chroniques, répétitives qui gratifient les besoins instinctuels."Le clivage, écrit M. Timsit, est ici évident: le Moi est syntone pendant l'épisode impulsif et asyntone en dehors. L'alcoolisme, la toxicomanie, certains cas d'obésité psychogène, la cleptomanie en fournissent des exemples typiques.

6) Les troubles du caractère de "bas-niveau" fréquents chez les personnalités "infantiles" (labilité émotionnelle diffuse et généralisée, manque de contrôle pulsionnel, pas ou peu d'empathie pour autrui) et plus encore chez les personnalités narcissiques, certains "as if" et certains anti-sociaux (de bas niveau).

Il est évident qu'aucune de ces composantes n'est pathognomonique en elle-même. Seul le cumul de deux ou trois de ces caractéristiques psychologiques autorise le clinicien à orienter son diagnostic vers le syndrome d'état-limite.

b) *Dans son analyse structurale* de la personnalité de l'état-limite, Kernberg souligne:

1. Les manifestations non-spécifiques de faiblesse du Moi:
   a) un manque de tolérance à l'anxiété
   b) un manque de contrôle pulsionnel
   c) un manque de capacités sublimatoires.

2. La prédominance des processus primaires de la pensée, indice structural primordial de l'organisation de la personnalité de l'état-limite.

3. Les opérations défensives spécifiques:
   a) l'intensification et la fixation pathologiques des processus de clivage tant du Moi que de l'objet; l'incapacité de réaliser la fusion des pulsions libidinales et agressives, mais l'épreuve de réalité est maintenue;
   b) l'idéalisation primitive
   c) l'identification projective
   d) le déni
   e) l'omnipotence et la dévaluation.

4. Les caractères particuliers des relations d'objet:

   Le comportement relationnel de l'état-limite subit fortement l'empreinte de certaines composantes: faiblesse du Surmoi, défusion des pulsions libidinales

et agressives, mais surtout "la nature excessive de l'agressivité primaire et de l'agressivité secondaire à la frustration". D'où:

- L'incapacité des états-limites "de faire l'expérience d'une véritable dépression" qui chez eux revêt des formes de rage impuissante, des sentiments de défaite sous la pression de forces externes.
- Le caractère artificiel des relations affectives.
- "L'expression crue" de leurs attraits prégénitaux et génitaux, fortement imprégnés d'agressivité.
- Le caractère "as if" que Kernberg assimile à la diffusion de l'identité de Erickson.

II. La structure psychologique du toxicomane à travers le test de Rorschach. L'approche formelle.

L'étude comparative des protocoles Rorschach laisse apparaître un certain nombre de caractéristiques psychologiques qui, non seulement différencient les adolescents toxicomanes des adolescents des groupes témoins (normaux et consultation "tout-venant"), mais qui recoupent aussi certaines composantes de base de la personnalité de l'état-limite.

Ainsi, nous relevons:

1. *Le maintien des liens avec la réalité:*
   - F% et F + % dans la zone normale inférieure.
   - Ban % normal et présence des principales banalités (planches III, V, VIII).
   - Présence de K de bonne qualité en nombre relativement élevé.
2. *Le contact affectif et son caractère artificiel:*

   Si le contact avec autrui s'établit facilement, il reste superficiel et l'affectivité apparaît trop instable:
   - FC% normal
   - TRI extratensif
   - CF% élevé
3. *Une intense agressivité inconsciente:*
   - Dbl% élevé
4. *Le manque de contrôle pulsionnel:*
   - C % élevé
   - ΣC (pondéré)
   - ΣC > ΣE
   - réponses kob
   - réponses "feu", "sang", "explosion"
5. *Les troubles de caractère de "bas niveau".*

La série d'items: CF% élevé, FC < CF + C (prédominance du type-couleur de droite), le TRI extratensif et la succession relâchée traduisent une labilité émotionnelle, un manque de contrôle émotionnel, une affectivité égocentrique et un manque d'empathie semblables aux troubles de caractère de bas niveau des personnalités "infantiles" décrites par Kernberg comme typiques des états-limites.

6. Enfin, l'anxiété:

– élévation du Dd% (intérieurs et axiaux).

En conclusion, l'approche formelle des protocoles Rorschach des adolescents toxicomanes a permis de dégager une mosaïque de traits de personnalité généralement reconnus comme spécifiques aux états-limites, et nous autorise donc à postuler l'existence d'une parenté entre l'organisation de la personnalité de ces sujets et celle des jeunes drogués.

Quant à l'approche dynamique des protocoles, elle devrait, notamment par l'étude de la nature des relations d'objet du toxicomane et de son organisation défensive, confirmer et élargir les résultats mis en évidence par l'approche formelle.

C. APPROCHE DYNAMIQUE

I. LES CHOCS:

TABLEAU 24

CHOCS	Résultats Tox. 22	Nx 20	*Degré de signification de la différence, X^2, X^2 corrigé*
Choc C			
Fréquence....	*18*	*8*	*7,76; S. à .01*
Intensité.....	*16*	*4*	*2,78; S. à .10*
			X^2 cor.
Surmonté.....	*2*	*4*	*7,17; S. à .01*
Choc au rouge			
Fréquence.....	*22*	*14*	*5,44; S. à .05*
Intensité.....	*18*	*6*	*5,84; S. à .05*
Surmonté.....	*5*	*11*	*8,66; S.à .01*
Choc clob			
Fréquence....	*22*	*16*	*2,81; S. à .10*
Intensité.....	*20*	*3*	*17,28; S. à .01*
Surmonté....	*1*	*13*	*18,38; S. à .01*
Choc sexuel			
Fréquence.....	*12*	*4*	*3,93, S. à .05*
Intensité.....	*9*	*0*	/
Surmonté.....	*2*	*4*	/

CHOCS	Résultats Tox. 22	C.T.V. 22	*Degré de signification de la différence, X^2, X^2 corrigé*
Choc C			
Fréquence.....	*18*	*16*	*0,51; N.S.*
Intensité.....	*16*	*11*	*1,05; N.S.*
			X^2 cor.
Surmonté.....	*2*	*5*	*2,86;S.à.10*
Choc au rouge			
Fréquence.....	*22*	*16*	*4,82;S.à.05*
Intensité.....	*18*	*14*	*0,0005; N.S.*
Surmonté.....	*5*	*7*	*1,89; N.S.*
Choc clob			
Fréquence.....	*22*	*13*	*8,93;S.à.01*
Intensité.....			
Surmonté.....	*1*	*3*	*1,24; N.S.*
Choc sexuel			
Fréquence.....	*12*	*6*	*3,38;S.à.10*
Intensité.....	*9*	*2*	*0,87; N.S.*
Surmonté.....	*2*	*2*	*0,04; N.S.*

Test statistique: Chi-Carré
Région de rejet: test à deux queues

\+ = significatif à .10
++ = significatif à .05
+++ = significatif à .01
++++ = significatif à .001

Les chocs sont analysés sous l'angle de la fréquence, de l'intensité du trouble suscité et de la capacité à le maîtriser. Précisons que nous considérons le choc surmonté lorsque les interprétations révélatrices du trouble provoqué par la planche sont suivies de bonnes réponses sthéniques (Orig. +, ban, K +, F+, FI:+ ou Db1 de bonne qualité, indices d'une capacité de reprise).

Le tableau 24 résume les résultats de ces analyses, à l'exception des chocs au vide et au morcellement qui seront discutés au chapitre consacré aux imagos parentales.

Une première lecture met en évidence la difficulté commune aux adolescents toxicomanes et de consultation à surmonter les chocs, toujours plus forts que ceux présentés par les adolescents normaux. Autrement dit, la personnalité des toxicomanes et des sujets de consultation "tout-venant", plus fragile que celle des adolescents normaux, ne dispose pas de moyens lui permettant de maîtriser les situations anxiogènes ou conflictuelles auxquelles ces sujets peuvent être confrontés.

Mais, la comparaison s'arrête là, puisque l'étude plus détaillée des chocs montre que les situations anxiogènes ou conflictuelles varient d'un groupe à l'autre.

En effet:

1. Choc couleur:

La fréquence et l'intensité des perturbations suscitées par l'apparition des planches couleur différencient les adolescents toxicomanes et de consultation des adolescents normaux ($p = .01, p = .10$, Chi-carré).

Les difficultés à surmonter ces perturbations apparaissent légèrement plus grandes chez les jeunes drogués: $X^2 = 2{,}86$; significatif à .10.

On peut donc conclure à l'existence d'un refoulement d'éléments névrotiques chez nos adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant".

2. Les réactions qualitatives à la couleur:

L'intensité et le caractère égocentrique des réactions qualitatives des drogués à la couleur attirent très vite l'attention.

Alors que les adolescents de consultation "tout-venant" se bornent à de simples constatations:

- Sujet no 5, planche VIII: "C'est joli, ça! "
- Sujet no 18, planche VIII: "C'est beau au point de vue couleurs. C'est déjà quelque chose",
  les adolescents toxicomanes s'exclament longuement, se réfèrent à eux-mêmes.
- Sujet no 1:
  Planche VIII: "Euh, là, c'est déjà mieux les couleurs! Regardez, euh, là! "
  Planche IX: "Mais, ça devient de mieux en mieux ces dessins, *ils me plaisent".*
  Planche X: "Euh, ça c'est chouette! *J'aime!* (donne plusieurs interprétations). Oh, le rose! *j'aime bien aussi".*
- Sujet no 4:
  Planche VIII: *"Oh, j'aime ces couleurs!* Celui-là, il est beau! ".
  Planche IX: "Il est magnifique ce truc! "
  Planche X: "Celle-là, on dirait . . . c'est pas vrai! *c'est mes couleurs préférées* (donne plusieurs interprétations). Celle-là, par contre, *j'aime pas".*

Nous retrouvons ce type de réactions chez:

10 adolescents toxicomanes,
3 sujets de consultation (X^2 cor. $=5,34$; significatif à .05)
chez l'adolescent normal (X^2 cor. $=6,89$; significatif à .01).

L'immaturité affective du toxicomane se traduit non seulement par l'extrême excitabilité des affects, mais encore par le caractère labile et égocentrique qu'ils revêtent.

3. Le choc au rouge:

Il est présent dans tous les protocoles de nos adolescents toxicomanes, et cette fréquence élevée différencie nos jeunes drogués des adolescents de nos deux groupes témoins ($p < .05$).

En outre, comparé à celui présenté par les adolescents normaux, le choc au rouge des toxicomanes se révèle important ($X^2 = 5,44$; S. à .05) et perturbateur ($X^2 = 8,66$; S. à .01).

Enfin, les contenus agressifs sont numériquement plus élevés dans les protocoles des jeunes drogués comparés à ceux des adolescents des groupes contrôle (tableau 25).

TABLEAU 25
Analyse des contenus agressifs

	Normaux	Toxicomanes	Consultation	Rapports intergroupes
Contenus agressifs	*Indice: 2,50* *50/20*	*Indice: 3,77* *83/22*	*Indice: 2,22* *49/22*	*Tox.-normaux:* *3,77/2,50 = 1,50* *Tox.consultation:* *3,77/2,22 = 1,69*

Ces résultats recoupent ceux mis en évidence dans l'approche formelle (Db 1% significatif), et confirment l'existence d'une problématique spécifiquement agressive chez l'adolescent toxicomane.

Dès lors, il nous a semblé intéressant d'essayer d'apprécier l'attitude des jeunes drogués vis-à-vis de l'agressivité ressentie en utilisant les critères de Marguerite Loosli-Usteri que nous rappelons:

- refoulement très profond, voire inconscience totale de l'agressivité si aucune interprétation d'une ou plusieurs taches rouges ne suit le choc au rouge;
- ambivalence vis-à-vis de l'agressivité si le rouge est interprété sans que la couleur soit utilisée dans l'édification de l'interprétation;
- agressivité se frayant un chemin contre le refoulement quand le choc au rouge est suivi d'une interprétation faisant usage du rouge.

Les résultats sont résumés dans le tableau 26. La lecture de ce tableau montre que l'attitude élective des toxicomanes vis-à-vis de l'agressivité est, sans conteste, le refoulement profond, voire l'inconscience totale. La fréquence élevée de cette attitude (les 3/4 des toxicomanes y ont recours) différencie de façon claire les jeunes drogués des adolescents normaux (X^2 corrigé $=7,09$; S. à .01) et de consultation "tout-venant" ($X^2 = 6,44$; S à .02).

TABLEAU 26
Attitudes des adolescents de nos trois groupes d'étude vis-à-vis de l'agressivité.

Attitudes vis-à-vis de l'agressivité	CHOCS AU ROUGE		
	Normaux	Toxicomanes	Consultation
Ambivalence	5	4	6
Agressivité cherchant à s'exprimer	6	2	5
Refoulement profond	3	16	5
TOTAL	14	22	16

En conclusion, l'agressivité apparaît bien comme une des caractéristiques psychologiques de base les plus marquées de la personnalité de l'adolescent toxicomane: les pulsions agressives sont particulièrement intenses et profondément refoulées chez les drogués.

4. Le choc au noir:

Les toxicomanes se rapprochent des adolescents normaux pour la fréquence du choc clob et des adolescents de consultation "tout-venant" pour l'importance du rôle de l'angoisse dans le fonctionnement de la personnalité.

En effet:

- adolescents normaux et toxicomanes sont nombreux à présenter un choc clob puisque nous le relevons dans 80% des protocoles des normaux et dans la totalité des protocoles des jeunes drogués: la différence observée n'est que légère (X^2 S. à .10). Mais, chez les normaux, l'angoisse ne joue qu'un rôle très faible (choc clob peu intense et vite surmonté), alors que chez les drogués l'angoisse se révèle profonde et envahissante (X^2 cor. S. à .01);
- à l'inverse, si l'angoisse est également intense et submergeante chez les adolescents de consultation "tout-venant" (X^2 N.S.), le nombre de sujets en proie à une telle angoisse est beaucoup moins élevé (X^2 S. à .01).

C'est dire que l'adolescent toxicomane est en proie à une forte angoisse que le Moi ne parvient pas à maîtriser.

5. Choc sexuel:

a) Fréquence:

Les adolescents toxicomanes présentant un choc sexuel sont plus nombreux que les adolescents normaux (54% et 20%; X2 cor. S. à .05). Mais, comparés aux adolescents de consultation "tout-venant" présentant également un choc sexuel (27%), la différence observée, en faveur des drogués, n'est plus que légère (S. à .10). Nous pouvons donc conclure, sans plus, à l'existence d'un problème sexuel chez les

jeunes drogués.

Pour mieux le préciser, nous avons donc examiné successivement le choc au blanc et le phénomène de stupeur (Bohm).

b) Le choc au blanc et la stupeur devant le symbolisme sexuel:

Si le choc au blanc n'apparait que chez 4 toxicomanes (3 garçons et 1 fille) et chez l'adolescent de chaque groupe témoin (ces différences n'étant naturellement pas significatives), le phénomène particulier de stupeur due au symbolisme sexuel, décrit par Bohm, différencie les jeunes drogués des autres adolescents. En effet, nous le relevons chez 9 toxicomanes, chez un seul adolescent normal (X^2 corrigé = 5,59; S. à .05), et également chez un sujet de consultation "tout-venant" (X^2 corrigé = 6,34; S. à .02).

Chez les adolescentes toxicomanes, il y a, à la fois, stupeur devant les symboles féminins, mais surtout masculins. Pour 5 adolescentes sur les 7 examinées, les enquêtes permettent de conclure à un refus de la féminité comme le montrent les exemples suivants:

– Sujet no 2, présente également un choc au blanc.
Planche VI, à l'enquête: "un garçon et une fille en face l'un de l'autre, *sont encapuchonnés.* C'est ce qu'il y a de mieux, c'est très bien un garçon et une fille ensemble. *Je n'aurais pas voulu mettre deux garçons. Naturellement, ce sont les mêmes de chaque côté. Je n'aurais pas voulu dire un garçon et une fille.*"
Planche VII: (le sujet pose le doigt sur le noir du milieu inférieur de la planche VII, symbole féminin.)
"Ben, je ne sais pas, je me demande ce que c'est, *ça* (silence).
Je ne sais pas."

– Sujet no 5:
Planche VI: "Qu'est-ce que c'est comme truc, *ça?* Alors, là!" (montre le milieu de la partie supérieure de la planche VI, symbole phallique).
Planche VII: choc
"ouf! (cache la moitié de la planche, très long silence, nombreuses manipulations).
(a), "Je vois une tête (tiers supérieur), *mais ça, c'est quoi?*
(suit du doigt la saillie supérieure, symbole masculin), alors une tête avec une queue de cheval.
(c) ça fait *des bouts de bottes,* ça, mais elles sont un peu larges pour des bottes; je suis très portée sur les bottes (tiers médian).
(c) ça me fait penser à quelque chose encore (symbole féminin) mais, *je ne peux pas le sortir, ce machin en haut* (partie couramment interprétée comme utérus), je sais qu'il y a quelque chose par-là dedans, je ne peux pas le trouver".
Enquête: montre la saillie supérieure de la planche, symbole phallique: *"Je le trouve horrible/ Elle est atroce cette planche! "*

Le trouble sexuel des garçons toxicomanes se traduit par une peur du contact féminin et une fuite de la sexualité dues à une crainte des organes génitaux féminins: pour 4 des 5 adolescents toxicomanes présentant le phénomène de stupeur, la stupeur se manifeste, en effet, devant les symboles féminins.

Exemples:

– Sujet no 9:
Planche VI: Choc
(a) (silence), (rit), (silence) "On dirait" . . . (très long silence)
"On dirait une peau de bête qu'on est en train de tanner, qu'on a accrochée" (rit).
"Une grenade éclaffée" (silence).
"*Autrement, là,* (doigt sur l'échancrure inférieure, symbole féminin), *je ne sais pas, je vois bien, mais"* (hausse les épaules).
"Je retombe, toujours dans les radios. On dirait une colonne vertébrale, là, au milieu, avec des poumons un peu spéciaux".
Planche VII:
(a) (silence) (rit) "Là, on dirait deux masques".
(a) (silence) (b) (court silence) (c) "Un chien avec sa queue, un teckel, on dirait".
(a) "Là, on dirait une tête d'indien avec une grosse plume".
(a) "*Puis, en bas, je sais pas* (partie couramment interprétée comme utérus) (silence), "alors, là, si je sais! "
(c) (silence) "Une trompe d'éléphant".

– Sujet no 15:
Planche VI:
(a) ". . . Une sorte de totem, le . . . là, je regarde ça" (milieu de la partie supérieure de la planche VI, symbole phallique).
"Une sorte d'arbre humain et ça les racines".
(c) (long silence, cache la planche à l'exception de l'échancrure inférieure, symbole féminin). *"Là, je ne vois pas . . .* non".
(a) (silence) "Il n'y a que ce truc-là (milieu de la partie supérieure de la planche, symbole phallique) qui me donne une représentation, le reste . . . "

Enquête: Le sujet rejette les planches II et VI. Pour cette dernière, il précise: "Je déteste tout ce qui n'est pas beau. Si la planche était juste comme ça, à la rigueur" (cache la planche à l'exception du symbole phallique).

Pour Bohm, ce phénomène de stupeur équivaut au choc au blanc et, pour l'homme, renvoie à "des difficultés particulières lors du refoulement de la composante du sexe opposé au cours du développement psychique". Aussi, avons-nous recherché l'existence éventuelle d'autres indices d'homosexualité.

c) Table de signes de Wheeler:

Pour confirmer l'existence de tendances homosexuelles latentes ou patentes chez les adolescents toxicomanes, nous avons utilisé la table de signes de Wheeler (51) et retenu comme seuil discriminatif la présence d'au moins trois signes.

– 10 protocoles de toxicomanes renferment 3 signes et plus
– 3 protocoles d'adolescents normaux (X^2 corrigé $=4,88$; S. à .05)
– 1 seul protocole parmi les sujets de consultation "tout-venant":
(X^2 corrigé $=9,18$; significatif à .01).

d) Enfin, nous avons rassemblé dans le tableau 27, *les différents indices d'homosexualité* relevés dans les protocoles des adolescents de nos trois groupes d'étude.

(51) Loc. Cit. page 36.

TABLEAU 27

GROUPES	INDICES			
	Choc sexuel	Choc au blanc	Phénomène de stupeur	Indices de Wheeler 3 et +
Normaux				
– Garçons				
no 16	+			+
no 17				+
no 18	+		+	+
– Filles				
no 3	+	+		
Toxicomanes:				
– Garçons				
no 8				+
no 9	+	+		+
no 10	+			+
no 11	+		+	+
no 12				+
no 13	+		+	+
no 15			+	
no 16			+	+
no 19	+	+		+
no 21	+	+		+
no 22				+
– Filles				
no 1	+		+	
no 2			+	
no 4		+		
no 5	+		+	
no 6	+		+	
no 7	+		+	
Consultation				
– Garçons				
no 18	+		+	+
– Filles				
no 6	+	+		

La lecture du tableau 27 appelle la remarque suivante: seul, le protocole du toxicomane no 15 contient seulement 2 indices d'homosexualité selon Wheeler. Néanmoins, nous avons inclus ce sujet dans notre groupe de toxicomanes présentant des tendances homosexuelles marquées en raison de la présence du phénomène de stupeur, mais surtout de l'expression directe ou crue des réponses données à la planche sexuelle et à la planche VII.

– Sujet no 15:
Planche VI:
(a) "Un homme qui est avec son cul, donc pédé. J'aime pas, voilà j'ai déjà eu des expériences avec, et puis j'aime pas. Enfin, je préfère autre chose, idélogiquement."

Planche VII:
(a) "Deux bonnes femmes qui se regardent l'air ébahi . . . parce qu'elles se touchent".
A l'enquête: "Parce que j'en ai besoin".

La présence de telles réponses dans les protocoles des jeunes drogués soulevait deux questions très importantes, signifiait-elle rupture de la censure ou expression d'une homosexualité agie plutôt que latente? Malheureusement, le test de Rorschach répond mal à la première question et pas du tout à la seconde.

Ce que nous savons, grâce au matériel donné lors des entretiens post-test ou recueilli lors des thérapies, c'est qu'un certain nombre des adolescents toxicomanes examinés au Rorschach avaient ou avaient eu des expériences homosexuelles (un tiers environ). Mais, pour des raisons évidentes, nous ne disposons d'aucune information de ce type pour nos adolescents normaux et de consultation "tout-venant".

Néanmoins, nous pensons pouvoir dire, sur la base des données fournies par le test de Rorschach et ci-dessus présentées, que les tendances homosexuelles seraient beaucoup plus marquées chez les jeunes drogués.

En résumé, la sexualité des jeunes drogués, à travers le test de Rorschach, se caractérise:

– chez les garçons:
1. par des tendances homosexuelles très nettement marquées pour 73% des adolescents examinés,
2. le plus souvent accompagnées d'une angoisse spécifique liée à une crainte des organes génitaux féminins et une peur de la femme (47%).

– chez les filles:
La caractéristique sexuelle saillante est une angoisse spécifique liée à un refus de la féminité et que nous observons chez 85% d'entre elles. Cette angoisse entraînant, comme chez les garçons, une fuite de la sexualité.

Nos résultats recoupent donc les observations couramment relevées en clinique. Ainsi, Claude Olievenstein dans son ouvrage "La drogue" (44) écrit: ". . . ce qui semble exister avec une particulière fréquence ce sont les tendances homosexuelles avec ou sans passage à l'acte. Si l'on essaie de découvrir une des motivations profondes du caractère oral, passif, réceptif du plaisir chez le névrosé toxicomane, c'est qu'à l'arrière-plan existe souvent l'angoisse devant cette homosexualité qui s'inscrit d'ailleurs plus souvent dans la structure psychologique que dans la réalisation concrète. D'où la fuite devant la relation avec autrui, avec le "Toi" que l'on attribue à un trouble du contact, mais qui est en fait, une panique qui se sublime en une autre union de soi avec soi, par l'intermédiaire de la drogue". (page 92)

(44) Op. cit. page 26.

II. ANALYSE QUALITATIVE DES CONTENUS:

1. Les réponses humaines:

Chez l'adolescent toxicomane, le vécu relationnel est plus souvent imprégné d'hostilité et/ou de crainte que chez l'adolescent normal ($X^2 = 9,45$; significatif à .01) et de consultation "tout-venant" ($X^2 = 13,09$; très significatif à .001).

Le tableau 28 résume l'analyse du vécu relationnel des adolescents de nos trois groupes d'étude.

TABLEAU 28

	Normaux	Toxicomanes	Consultation	Rapports Intergroupes
Personnages dotés d'un pouvoir: roi déesse, satan...	*Indice: 0,40 8/20*	*Indice: 1,18 26/22*	*Indice: 0,13 3/22*	*Tox. Nx: 2,95 Tox.C.T.V.: 9,07*
Personnages dépréciés: difforme, grotesque ...	*Indice: 0,25 5/20*	*Indice: 0,54 12/22*	*Indice: 0,45 10/22*	*Tox.Nx: 2,16 Tox.C.T.V.: 1,2*
Personnages chargés d'intentions: visage ricanant, menaçant,angoissé ...	*Indice: 0,05 1/20*	*Indice: 0,31 7/22*	*Indice: 0,09 2/22*	*Tox.Nx: 6,2 Tox.C.T.V.:3,44*
Personnages masqués, déguisés	*Indice: 0,15 3/20*	*Indice: 0,13 3/22*	*Indice: 0,04 1/22*	*Nx.Tox.: 1,15 Tox.C.T.V.:3,25*
Relations agressives (personnages qui se battent, se disputent) ou teintées d'agressivité (se tournent le dos, se fixent)	*Indice: 0,25 5/20*	*Indice: 0,86 19/22*	*Indice: 0,40 9/22*	*Tox.Nx: 3,44 Tox.C.T.V.: 2,15*
Conduites de rapprochement ou de fusion	*Indice: 0 0/20*	*Indice: 0,40 9/22*	*Indice: 0 0/22*	
Rapports intragroupes	*8/5 : 1,6 8/1 : 8 8/3: 2,66*	*26/12:2,16 26/7 :3,71 26/3 : 8,66 26/19:1,36 26/9: 2,88*	*10/3: 3,33 10/2: 5 10/1: 10 10/9:1,11*	

Une première lecture de ce tableau atteste bien des difficultés rencontrées par le jeune drogué dans sa vie relationnelle: autrui lui apparaît sous un aspect à la fois dangereux et inquiétant.

En effet, l'attention est immédiatement retenue par:

1.- L'abondance des interprétations de personnages dotés d'un pouvoir extraordinaire: "déesse", "génie", "roi avec une couronne sur la tête", "pharaon" et surtout "sorcière", "satan", "diable": 3 fois plus que chez les adolescents normaux, 9 fois

plus que chez les sujets de consultation "tout-venant". (*)

La parenté de ces interprétations avec les thèmes que M. Timsit dans son étude du Rorschach dans les états-limites qualifie de "privilégiés" parce que relevés de manière presque constante dans les protocoles de ces sujets: thèmes de "divinités" ou "thèmes proches": "rois couronnés", "fées", "magiciens", "emblèmes" semble évidente. Selon M. Timsit, ces thèmes renvoient à "une toute puissance magique = "témoins" Rorschach vraisemblables des défenses archaïques individualisées par Mélanie Klein et retrouvées par Kernberg chez ces sujets (omnipotence et idéalisation primitive)" (61).

2.-Les désirs de rapprochement, voire de fusion, que suscitent ces personnages omnipotents: présents dans 6 protocoles de jeunes drogués, ils n'existent pas dans ceux des adolescents des groupes de contrôle.

3.-Nous relevons également quelques interprétations de jeunes drogués dans lesquelles les êtres perçus présentent des tendances contradictoires, tels les exemples suivants:

- Sujet no 3:
  Planche III:
  (a) "Toujours rouge et noir" (silence).
  "Deux êtres surnaturels qui *se rapprochent* . . . qui se ressemblent d'ailleurs", (long silence), (manipulations).
  (b) "Dans l'autre sens, *ils se déchirent plutôt*".

- Sujet no 15:
  Planche II:
  "Oh", (c) (rouge inférieur) "un papillon".
  (c) (l'ensemble) "*Un diable hideux*".
  (a) (l'ensemble) "Ça peut représenter un visage, ouais *un beau barbu*" (noir latéral, les deux parties = barbe; Ddb1, lacune entre pointe médiane supérieure et rouge haut = yeux; grande lacune centrale = nez).

- Sujet no 18:
  Planche IX:
  (a) "La vision du monde qui présenterait une grande extrême . . . (l'ensemble). Ça serait deux espèces d'animaux dégueulasses qui seraient en train de rire et qui auraient le gros ventre (brun en haut)", et ça (c) (rose) deux *foetus*. Il y a une grande extrême entre *l'horreur*. . . quoi! ils sont dégueulasses! et les foetus qui seraient le point de départ, de lancement de *la beauté, de la pureté*. Donc, ça (brun en haut) engendrerait ça (rose). C'est tout".

Le nombre de protocoles renfermant de telles réponses est peu élevé: 4 seulement, soit 13% de la population. Néanmoins, il nous a paru intéressant de les signaler en raison de la similitude frappante que présentent ces interprétations avec celles observées par M. Timsit dans les protocoles des états-limites.

"Il n'est pas rare, constate l'auteur, qu'ils (les thèmes) soient livrés dans une séquence très particulière, faite de termes contrastés qui renvoient, en quelque sorte, à une vision manichéenne du monde. Les objets ne sont perçus – d'un point de vue fantasmatique – que comme étant "tout bons" ou, au contraire, "tout mauvais", selon une démarcation et un mode d'exclusion et de complémentarité au sein d'une unité de contraires. Dans quelques protocoles, ce phénomène se

(61) loc. cit. page 55.

**L'absence de la grande kinesthésie à III, ou son blocage, sont par contre plus fréquents chez ces sujets.*

manifeste même au niveau de l'approche immédiate des planches: à l'endroit, c'est un "ange", une "fée" ou un "visage souriant" qui est perçu, tandis qu'à l'envers, la planche aussitôt retournée, le sujet donne aussitôt comme réponse "diable", "sorcière" ou "visage grimaçant". Tout en recommandant "la plus grande prudence", M. Timsit pense que ce phénomène peut renvoyer au clivage, mécanisme de défense décrit par Kernberg comme mécanisme électif des états-limites.

4.–La perception de relations agressives (personnes qui se battent, se disputent), de loin la plus fréquente: 2 fois plus nombreuses que chez les sujets de consultation "tout-venant", 3 fois plus que chez les normaux.

En outre, pour les toxicomanes, les êtres humains sont souvent perçus chargés d'intentions. Des contenus tels que: "visage qui me regarde furieusement", "visage ricanant","deux hommes qui s'approchent, chacun avec ses idées derrière la tête", caractérisent aussi le monde relationnel du toxicomane: 3 fois plus que chez les adolescents de consultation, 6 fois plus que chez les normaux.

Comme on a déjà pu le remarquer, dans ces contenus l'agressivité du jeune drogué est ouvertement exprimée:

- Sujet no 2:
  Planche III:
  (a) "Deux bonnes femmes *qui se tapent dessus".*
- Sujet no 8:
  Planche VII:
  (a) "Deux personnages qui se regardent et *se tapent dessus".*
- Sujet no 13:
  Planche III:
  (a) (très long silence) "Là, je pense à un homme et à une femme *qui se déchirent entre eux,* quoi".
- Sujet no 16:
  Planche II:
  (a) "Deux hommes qui *se donnent des coups de pied".*
- Sujet no 19:
  Planche III:
  (a) "Deux personnages *qui se battent pour avoir un objet".*

A l'inverse, chez les adolescents des groupes témoins, l'agressivité ouverte n'est pas (ou très rarement) exprimée. S'il arrive que l'agressivité sous-tende l'activité relationnelle de ces sujets, il s'agit alors d'une agressivité latente exprimée par des interprétations de "personnes face à face qui se regardent", qui "se guignent" ou qui "se tournent le dos" que nous relevons dans 74% des interprétations agressives données par les adolescents normaux et dans 66% de celles fournies par les sujets de consultation "tout-venant".

Autrement dit, les réponses humaines produites par les toxicomanes se caractérisent par des contenus beaucoup plus pulsionnels qui révèlent la faiblesse d'un Moi qui, parfois, ne parvient que difficilement à établir une différenciation entre lui et le monde extérieur.

Alors que les adolescents des groupes témoins ne font que nommer les personnages maléfiques qui, d'ailleurs, apparaissent souvent sous la forme de masques, les jeunes drogués décrivent plus explicitement les intentions ou les actions de ces personnages, traduisant par là leurs sentiments d'impuissance et d'insécurité.

– *Exemples:*

– *Normaux:*

– Sujet no 17:
Planche V:
(a) "Un vampire".

– Sujet no 20:
Planche I:
(a) "Un masque de sorcier".

– *Consultation "tout-venant".*

– Sujet no 17:
Planche II:
(a) "Un masque de diable".

– Sujet no 1:
Planche I:
"Une tête de satyre".

– *Toxicomanes:*

– Sujet no 1:
Planche V:
(a) "*C'est* Satan avec de grandes ailes, la tête avec des cornes, *Satan qui a peur qui avance vers nous".*

– Sujet no 3:
Planche III:
(c) "Un monstre, oui, *c'est un monstre vraiment effrayant".*

En d'autres termes, l'analyse du vécu relationnel des drogués révèle la mise en oeuvre du mécanisme d'identification projective par lequel ces sujets rejettent à l'extérieur ce qu'ils refusent en eux-mêmes, et qui est en relation étroite avec leurs pulsions agressives. Mais par l'effet de la "retaliation", pour reprendre l'expression imagée de M. Timsit, les objets extérieurs sur lesquels le toxicomane a projeté son agressivité sont vécus, à leur tour, comme hostiles et dangereux. Nous retrouvons donc chez le drogué, le recours à un mécanisme de défense primaire qui, selon les observations de Kernberg, figure également parmi les opérations défensives spécifiques aux états-limites. Par conséquent, le contact direct avec les personnes ne peut être ressenti par le toxicomane autrement que très traumatisant. Pour échapper au malaise et à l'anxiété qui en résultent, le jeune drogué va tenter d'éloigner, de réduire ce contact: d'où, le recours, dans le test de Rorschach, au mécanisme de pétrification des réponses humaines. Pourtant, si le nombre de réponses "statue" relevées dans les protocoles des toxicomanes est élevé, la différence n'est significative que par rapport à la production des adolescents normaux (X^2 corrigé = 4,33; S. à .05), mais non par rapport à celle des adolescents de consultation (X^2 corrigé = 1,95; non significatif).

Cette perception dysphorique que l'adolescent toxicomane peut avoir d'autrui, nous a amenée, tout naturellement, à nous interroger sur son approche du réel.

2. Approche du réel:

La répétition fréquente de certaines expressions verbales, utilisées presque uniquement par les jeunes drogués (1 seul adolescent normal, 2 de consultation "tout-

venant"), a retenu notre attention dès la passation du test. Leur analyse nous a permis de cerner de façon plus fine l'approche du réel chez le toxicomane, c'est-à-dire de dépasser la simple constatation d'une répercussion des perturbations affectives sur l'approche mentale de la réalité qu'avait mise en évidence l'analyse formelle des protocoles (syndrome d'incertitude intérieure).

Treize adolescents toxicomanes produisent, au moins à 3 planches, des G et des D dont les contenus témoignent d'une tonalité particulière dans leur perception du réel, ce qui les différencie des adolescents normaux (X^2 corrigé $= 11,36$; significatif à .001), et de consultation "tout-venant" (X^2 corrigé $= 10,11$; significatif à .01, et presque à .001: $X^2_1 = 10,83$).

– *Exemples:*

1) Réponses globales:

– Sujet no 12:
Planche II:
(a) "Une sorte de *papillon bizarre".*
A l'enquête: "Me fait *une drôle d'impression".*

– Sujet no 13:
Planche IV:
(a) "Quelque chose *d'extra-terrestre",* un engin".
A l'enquête: "Ce drôle d'engin me crée *un certain malaise".*

– Sujet no 16:
Planche I:
(a) "Une bête *fantastique".*
Planche IV:
(a) " Un animal *bizarre".*
Planche V:
(a) "Un animal *fantastique; bizarre".*
A l'enquête: *"Animal qui ne se trouve pas sur notre planète, avec des pouvoirs spéciaux".*

– Sujet no 17:
Planche I:
(a) "Une sorte d'animal *assez spécial".*
Planche V:
(a) "Un papillon *très spécial".*
A l'enquête: *"Imaginaire".*

2) Réponses grand détail:

– Sujet no 12:
Planche X:

(c) (rose). "Il y a des espèces d'hippocampes. *Je dis bien une espèce* parce qu'il a une forme galbée, comme un pied Louis XV" (parle entre ses dents), (silence), "A dire vrai, c'est plutôt un *hippocampe bizarre* (silence), les autres (gris brun de côté, en bas, et jaune latéral), ce serait *de nouveau des animaux extraordinaires ,* un peu partout, *des animaux imaginaires".*

– Sujet no 1:
Planche VI:
(a), (grande saillie latérale supérieure).

"Là, un oiseau, quelque chose qui vole, *mais un peu bizarre, qui vient d'une autre planète*".
Planche VII:
(a), (deuxième tiers). "Dans ce sens, je vois aussi le visage de quelque chose. *Ça peut être un animal qui n'existe pas*".
Planche IX:
(a), (vert latéral), "C'est de nouveau le *visage de quelque chose qui n'existe pas*".

- Sujet no 16:
  Planche X:
  (a), (gris médian entier, en haut), "Deux *bêtes assez spéciales* qui transportent un tube".

- Sujet no 17:
  Planche II:
  (c), (les deux parties noires latérales). "Une sorte d'oiseau, je ne vois pas quel oiseau, *un qui n'existe pas*".

En d'autres termes, le réel apparaît à l'adolescent toxicomane insolite, étrange et inquiétant, tant dans son approche globale que pratique et concrète des situations quotidiennes.

Par contre, nous ne relevons pas dans la production des toxicomanes de coupure avec la réalité. Ainsi, la conservation du sens de la réalité objective, mise en évidence par l'approche formelle et différenciant les protocoles Rorschach des toxicomanes de ceux de schizophrènes, se trouve confirmée et même renforcée par les réactions des jeunes drogués à la planche V, planche de la réalité, pour laquelle 20 toxicomanes sur 22 produisent la banalité.

Les réactions à la planche V nous ont paru significatives, non seulement par leurs contenus, mais surtout parce que n'appartenant qu'à ce seul groupe.

Près de la moitié des adolescents toxicomanes accompagnent leurs réponses de commentaires significatifs, tels que:

- Sujet no 18:
  Planche V:
  (a) "C'est la chauve-souris classique! *Celle-là elle ressemble plus!* " (Le sujet qui a paru très mal à l'aise, constamment crispé depuis le début de l'examen, paraît se détendre).

- Sujet no 3:
  Planche V:
  (a) "Oh, un chouette papillon!
  (c) N'importe, c'est un papillon, *on ne voit vraiment qu'un papillon* (ton très convaincu).
  (a) *"Non, c'est vraiment un papillon"* (ton toujours très convaincu).

- Sujet no 7:
  Planche V:
  (a) *"Un papillon, ça se voit tout de suite!* "
  (c) "Dans l'autre sens, aussi".

- Sujet no 2:
  Planche V:
  (a) *"Là, c'est vraiment une chauve-souris* (en appuyant sur "vraiment").

Le langage du corps, lui aussi, traduit et renforce cette impression de soulagement, de sécurité retrouvée. Le toxicomane, qui a pourtant accepté de passer le Rorschach (et, souvent même, l'a demandé) se sent, très vite, mal à l'aise dans cette situation de test. La planche V semble bien apporter une certaine détente: le drogué qui se place fréquemment en position de retrait, soupire volontiers, tient les planches d'une main, à bout de bras (ou ne les prend plus), s'empare maintenant des deux mains de la planche, regarde l'examinateur, sourit, se redresse ou rapproche sa chaise de la table. Ton, mimiques, commentaires, interprétation de la banalité, tout concourt pour exprimer le soulagement du toxicomane confronté à la planche V "miroir du Moi . . . ou auto-perception du Moi dans sa relation fondamentale au réel, à autrui et à l'action" (R. Mucchielli) (62).

Aussi, pensons-nous qu'il n'existe pas chez le jeune drogué de coupure avec la réalité, et que cette perception dysphorique du réel que nous avons relevée dans les protocoles de nos adolescents toxicomanes et analysée dans les paragraphes précédents, n'est que la projection, au sens psychanalytique du terme, de leur malaise intérieur.

On peut, dès lors, s'interroger sur les attitudes que le toxicomane adoptera, face à cette réalité.

L'étude des protocoles des adolescents de nos trois groupes a permis de dégager 3 attitudes que l'on peut estimer spécifiques aux toxicomanes: d'une part, parce que ces attitudes différencient les jeunes drogués des adolescents des groupes témoins; d'autre part, parce que deux de ces trois attitudes recouvrent celles mises en jeu dans la situation instaurée par le test. (pages 39 à 41)

1. Le toxicomane va tenter d'éviter le contact direct avec les êtres, mais surtout avec le réel, lorsque ce contact est vécu comme traumatisant:

Ce qui se traduit dans le Rorschach par un nombre plus élevé de toxicomanes produisant:

- des réponses statues,
- des contenus distanciés: 73% des protocoles des jeunes drogués contiennent plusieurs réponses: "emblèmes", "préhistorique", "de l'ancien temps, du temps des grecs", "vu à travers le brouillard", "vu de loin","à travers une sorte de buée", "un peu irréel", "imaginaire" et surtout "d'une autre planète", ce qui les différencie des adolescents normaux ($X^2 = 9{,}54$; S. à .01) et de consultation "tout-venant" ($X^2 = 5{,}86$; S. .05).

2. Attitudes d'évitement et de fuite devant les difficultés et les conflits:

Face aux situations stressantes ou conflictuelles, le toxicomane va aborder ces situations, non pas dans leur totalité, mais par un aspect partiel, voire minuscule. Ce faisant, le drogué tente d'annuler les aspects menaçants ou désagréables de la situation qui pourraient être source de déplaisir.

Les indices rorschachiens permettant d'attribuer la spécificité de ces réponses aux toxicomanes sont:

1) l'utilisation significativement plus élevée des Dd, principalement axiaux et intérieurs,
2) donnés comme première réponse, tactique utilisée par 70% des drogués.

(62) La dynamique du Rorschach, Paris, Presses Universitaires de France, 1968.

3) en position b, c, et d (38,46% de la totalité des réponses petit détail),
4) et de façon élective aux planches suscitant un plus grand trouble chez le jeune drogué: planche de l'agressivité (II), de la sexualité (VI) et des imagos parentales (VII et IV).

Et les commentaires de cette jeune toxicomane illustrent parfaitement le recours à cette tactique:

Planche IV, planche paternelle: choc.
(Position normale). "Elle est belle", (la retourne) (silence).
"Dans l'autre sens, elle me plaira plus". (Donne alors 3 Dd, puis la retourne en position normale).
"Et alors, oh mon Dieu, si on élimine ça (D centre, inférieur) on voit un monstre avec ses mains comme des pinces pour attraper et des grands pieds. *Je vois toutes les petites choses, et après je vais dans le gros, et je vois un monstre, avec sa tête ses pinces et ses immenses pieds!* "
Planche VI, planche sexuelle:
"*Mais, je ne vois que des choses horribles en gros! Je commence par les détails. Vous voulez par les détails ou par ce que je vois en gros?*" (rejet de la responsabilité de la réponse sur l'examinateur).

3. La passivité défensive:

Car, effectivement, le toxicomane éprouve une difficulté certaine à dominer, à structurer les situations entières auxquelles il se trouve confronté.

L'analyse des déterminants formels associés aux réponses globales met en évidence un pourcentage élevé de réponses formelles à consistance structurale très relâchée, et le traitement statistique de ces G F ± % produits par les adolescents de nos trois groupes montre que la différence, en faveur des drogués, est significative ($p < .01$).

C'est ce caractère de flou, de vague auquel est très souvent associée une impression d'étrangeté teintée d'inquiétude diffuse ("une sorte d'animal assez spécial", "une bête fantastique", "quelque chose de surnaturel", "de bizarre") qui constitue une des caractéristiques les plus prégnantes du protocole Rorschach de l'adolescent toxicomane.

Ces réponses G "à valeur de laisser-faire", "de moindre effort", selon les expressions très parlantes de N. Rausch de Traubenberg, traduisent la passivité de ces sujets face aux stimuli présentés. Personnellement, nous assimilons l'utilisation répétitive de ces réponses par les jeunes drogués à une attitude défensive. Face à un réel étrange et troublant qui l'écrase, l'adolescent toxicomane ne peut que "faire le dos rond", tant est grande son incapacité à s'emparer de cette réalité pour lui donner une forme précise.

Que conclure sur ces points 1 et 2 ?

Nous pouvons dire qu'il y a convergence des résultats dans ces deux voies d'approche du vécu subjectif du jeune drogué.

L'adolescent toxicomane vit dans un monde constamment ressenti comme hostile et inquiétant. Dans son impuissance à l'affronter, le jeune drogué va tenter de réduire ou d'éloigner le contact direct avec ce réel dangereux sur lequel, en fait, il ne cesse de projeter son agressivité et son malaise intérieur et qui, à son tour, devient menaçant. Le recours intensif aux attitudes de fuite, d'évitement et de retrait passif alternant avec la mise en jeu de défenses archaïques et spécifiques aux états-limites: identification projective, idéalisation primitive, omnipotence et vraisemblablement

clivage (tel qu'il est possible d'appréhender ce mécanisme à travers le test de Rorschach). Si la mise en oeuvre de ces mécanismes défensifs reflète bien la faille qui existe au niveau du contrôle du réel par la pensée rationnelle, le maintien des liens avec la réalité extérieure n'en persiste pas moins.

3. Les réponses "drogues":

Nous relevons dans 45% des protocoles des adolescents de notre groupe expérimental des contenus se rapportant directement à la toxicomanie (pavot, joint, flash, seringue, trip etc. . .) et totalement absents des protocoles des adolescents des groupes témoins.

Exemples:

- Sujet no 1:
  Planche X:
  (a) "Celle-là, on dirait . . . c'est pas vrai! mais, c'est mes couleurs préférées ! *J'ai déjà pris de l'acide* dans ma vie et c'est les couleurs que je vois, vert, jaune, bleu ! "
- Sujet no 2:
  Planche IX:
  (a) (projections supérieures dans l'orange vers le milieu) "On dirait *des veines*". *(Exécute le geste de se faire une piqûre !)*
- Sujet no 5:
  Planche VIII:
  (a) (l'ensemble) "Mais *c'est un flash !* La même chose ! "
  A l'enquête: "J'peux pas dire, un flash, quoi! ce que je vois au cinéma quand j'prends de la mescaline, ouais".
- Sujet no 7:
  Planche VI:
  (c) (l'ensemble) "Une bouche avec une cigarette qui est en train de brûler, ça pourrait être une cigarette ou *un joint*".
  Planche VII:
  (a), (charnière médiane du 3ème tiers inférieur). "Ça, ça fait penser à *une* seringue (sourit).
- Sujet no 19:
  Planche X:
  (b) "Une fleur . . . une *fleur de pavot*, la tige (gris médian en haut), *parce que j'aime bien le pavot*".

La production de telles interprétations constitue à nos yeux une des preuves les plus tangibles du mode de fonctionnement du toxicomane. Ces réponses révèlent la façon narcissique, impulsive et peu contrôlée qu'a le jeune drogué de se projeter, sans tenir compte (ou peu) de la réalité du stimulus.

Autrement dit, l'adolescent toxicomane a tendance à interpréter la réalité en fonction de ses désirs et de ses besoins. Ici encore, la différenciation entre son Moi et le monde extérieur apparaît floue.

4. Les réponses orales et les réponses-reflets:

a) Les réponses-reflets:

Si les adolescents toxicomanes sont plus nombreux à produire des réponses-reflets,

la différence observée n'est pas significative comparée aux adolescents normaux ($X^2 = 0,23$) et de consultation "tout-venant" ($X^2 = 1,16$). Par contre, si nous comparons les réponses-reflets données par les adolescents des deux groupes témoins, la différence observée en faveur des normaux est légère ($p < .10$).

Selon F. Salomon (63) la présence de telles réponses autorise l'affirmation d'une régression à la première phase orale; régression qui peut être passagère ou permanente, mais demande à être confirmée par d'autres indices.

b) Les réponses orales:

Elles sont tout aussi fréquentes dans les protocoles des adolescents normaux que dans ceux des toxicomanes. En effet, la moitié environ des protocoles de ces sujets renferment des contenus oraux ($X^2 = 0,0008$), alors que 3 adolescents de consultation "tout-venant" seulement produisent ce type de réponses (X^2 corrigé $= 3,93$; significatif à .05).

L'étude des réponses-reflets et des réponses orales, laissant apparaître chez les adolescents normaux et toxicomanes une régression vers la phase orale, rejoint donc les remarques du Dr. S. Daymas-Lugassy sur les deux caractéristiques essentielles de l'adolescence actuelle (64).

D'après cet auteur, le désir quasi général des parents de vouloir supprimer "le fossé" des générations, l'attitude de la société autorisant en apparence, par le biais du cinéma notamment, la transgression de tous les interdits (inceste, homosexualité), contraignent les jeunes à nier leur propre trajectoire, à se replier sur des positions prégénitales, et les conduit à une exaltation défensive de leur narcissisme. (p. 619) D'autre part, ajoute l'auteur, "ce transfert de l'objectal au narcissique, cette mouvance relationnelle qui a toujours été le propre de l'adolescent semble prendre dans notre civilisation une forme où l'oralité est dominante, d'autant plus visible que les relations sexuelles précoces, faciles, sans interdit, sans conquête, sont vécues bien souvent comme passage à l'acte sans maturation affective et ne donnent pas le change d'une évolution génitale".

Cependant, si nous analysons qualitativement les réponses orales données par les adolescents normaux et toxicomanes, les contenus diffèrent notablement.

Chez les adolescents normaux, tous les contenus oraux ont trait à la nourriture (crème glacée, délicieuse orange, gigot de mouton, deux bonnes femmes qui font la popote, deux femmes qui font la cuisine etc. . .). Selon Holt, ces réponses sont du niveau 2, c'est-à-dire déterminées par les processus secondaires.

Chez les adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant", tous les contenus oraux sont des réponses: seins, poitrine et surtout "bouche ouverte" "gueule ouverte avec des crocs" (symbole de la mère dévorante, D. Anzieu), donc de niveau 1 (Primaire). Autrement dit, les réponses orales des jeunes drogués sont beaucoup moins élaborées, leurs contenus beaucoup plus pulsionnels.

c) *En conclusion,* les réponses-reflets et les réponses orales relevées dans les protocoles des adolescents normaux et toxicomanes mettent en évidence un mouve-

(63) "Fixation, régression et homosexualité dans les tests du type Rorschach in: Revue française de psychanalyse, 2, 1959, pp. 235-82.

(64) "La psychiatrie des adolescents d'aujourd'hui", in: Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1974, 22 (10-11), 613-630.

ment régressif de la libido objectale vers la libido narcissique, mécanisme de défense mis au service du Moi durant ce virage existentiel qu'est l'adolescence. Chez les jeunes drogués, ces réponses révèlent également l'emprise des processus primaires de pensée sur les processus secondaires (ce qu'avait déjà montré l'approche formelle et qui sera confirmé au chapitre suivant par l'étude de la fantasmatisation).

5. Les réponses "pré-objet":

Nous avons relevé dans les protocoles des toxicomanes, une catégorie de réponses qui a retenu notre attention comme étant susceptible de nous apporter de précieux renseignements sur la relation d'objet du jeune drogué.

a) Quelles sont ces réponses ?

Ce sont des réponses, données en position renversée, et portant sur le blanc central de la planche maternelle (VII) qui a troublé le sujet (tous les adolescents produisant ce type de réponses présentent également un choc au vide manifeste et non surmonté). Leur contenu est celui d'un visage vu de face d'où toute expression est absente: "une tête sans visage", "juste le contour du visage", "le contour d'un visage anonyme", "une face qu'on aurait peinte en blanc", "l'ombre blanche", "la reproduction du visage d'un pharaon", "une tête sans visage", "la mort blanche".

Pour notre part, nous voyons dans ces réponses la mise en oeuvre d'un mécanisme d'identification projective et le reflet du vécu préobjectal de la dyade mère-enfant (point que nous reprendrons lors de l'étude de l'imago maternelle). Ici, l'objet n'est pas reconnu dans sa configuration faciale: par conséquent, on ne peut parler d'objet libidinal, d'où la dénomination de "pré-objet" que nous avons adoptée pour ce type de réponse. C'est-à-dire que les sujets produisant de telles réponses ne possèdent pas la permanence de l'objet total, si l'on veut bien se rappeler la définition donnée par Anna Freud de la constance de l'objet:... "le stade de la constance de l'objet (qui) permet à une image intériorisée et positive de se maintenir indépendamment des satisfactions ou des insatisfactions". (65) (Le normal et le pathologique chez l'enfant, page 51).

La relation d'objet de ces adolescents toxicomanes serait donc une relation d'objet partiel.

- 7 adolescents toxicomanes sur 22 produisent à la planche maternelle une réponse "pré-objet".
- Aucun sujet parmi ceux des deux groupes témoins.

b) Peut-on considérer la réponse "pré-objet" comme caractéristique du groupe des toxicomanes ?

Dans le cas où le nombre de fois où un item apparaissait dans un des groupes témoins était égal à 0, nous avons eu recours au raisonnement suivant. Notre hypothèse nulle est que le groupe contrôle est semblable au groupe expérimental (toxicomanes). La probabilité qu'un sujet du groupe expérimental ait 0 (c'est-à-dire que la réponse "pré-objet", n'apparaisse pas dans son protocole Rorschach) est égale à 15/22. La probabilité que les sujest du même groupe aient 0 est égale à $(15/22)^{22} = 0{,}00020$, donc .0002. L'hypothèse nulle est à rejeter: la réponse pré-objet est bien une réponse spécifique à l'adolescent toxicomane.

(65) Paris, Gallimard, 1968.

De plus, nous observons souvent à la planche VII, à côté de ces réponses pré-objet, des réponses complexuelles ("un bébé langé qui tendrait les bras"), des contenus témoignant de recherche d'attitudes fusionnelles ("deux lapins faisant l'amour") ou des interprétations évocatrices d'un besoin d'accrochage ("deux enfants qui s'agrippent à un rocher") auxquelles s'ajoutent de nombreuses réponses complexuelles orales qui marquent le style des relations d'objet (Timsit, (48) relevées sur l'ensemble du protocole. (cf. page 36)

c) En conclusion, la relation d'objet de l'adolescent toxicomane est une relation d'objet partiel. Par conséquent, les relations du jeune drogué avec les objets extérieurs seront les relations d'objet primitives, peu stables, basées sur la satisfaction des besoins, la recherche de relations fusionnelles.

Autrement dit, nous retrouvons dans l'organisation de la personnalité du jeune drogué, la pathologie des relations d'objet mise en evidence par Kernberg dans son approche structurale de l'état-limite et reconnue par nombre d'auteurs. Ainsi, en 1942, Hélène Deutsch dans sa description des personnalités "as if" souligne le stade primitif de leurs relations objectales caractérisées par l'absence de la constance de l'objet. (66) En 1968, Grinker, Werble et Drye (67) au terme d'une recherche d'une grande rigueur méthodologique portant sur 51 états-limites, dégagent de l'analyse totale des données rassemblées à partir de l'étude des fonctions du Moi, quatre composantes de base spécifiques à ces patients: l'agressivité, un trouble d'identité, la depression liee à un sentiment de solitude et le "trouble dans les relations affectives". Grinker, Werble et Drye décrivent ces relations comme des relations anaclitiques, dépendantes, complémentaires, rarement réciproques: c'est-à-dire des relations objectales possedant des caractéristiques semblables a celles observées dans les protocoles Rorschach des adolescents toxicomanes.

6. Les réponses d'auto-destruction:

Nous relevons dans les protocoles des jeunes drogués plusieurs catégories de contenus exprimant leur désir de mort.

1) Des contenus *"maladie"* qui, chez le toxicomane, sont toujours associés à des réponses de *"mort"*.

Leur interprétation ne va pas sans poser quelques difficultés.

Analysant dans "Le Rorschach des schizophrènes" (38) les réponses de "spaltung",* de "maladie" et de "mort", Palem écrit: "En revanche, les contenus de mort et de maladie qui ont peut être la même signification que les réponses de spaltung, doivent être considérés comme de bons "signes" de schizophrénie". (page 213) Pourtant, remarque Palem, il est possible de rencontrer la réponse de spaltung dans des protocoles autres que ceux de schizophrènes: chez les épileptiques (C. Beizman), les mélancoliques (G. de Baudoin), les organiques (Ross et Ross), des névroses (Caruso,

(66) Some Forms of Emotional Disturbances and their Relationship to Schizophrenia, Psychoanal, Quart., 11: 301-321, 1942.

(67) The borderline syndrome, a behavorial study of ego-functions. N.Y., Basic Books, 1968.

* *"Les réponses de spaltung (réponses exprimant la dislocation, le partage, le morcellement, la scission, l'amputation, l'écartèlement, la brisure, la coupure, le manque, l'inachèvement, le détachement, la dislocation, etc.) sont assurément un des meilleurs arguments en faveur de la schizophrénie au Rorschach . . . ", Palem, loc. cit., p. 209.*

Abiet). Plus loin, page 218, au terme d'une étude portant sur la production de réponses de spaltung données par une population de schizophrènes (62% produisent ce type de réponse) et d'anormaux mentaux non schizophrènes (36%) comparées à des populations-témoins: médecins et infirmières (90%), épileptiques et épileptoïdes (58%), arabes illétrés (36%) et homosexuels (15%), Palem confirme qu' "un indice peut avoir des significations différentes chez les uns et chez les autres" et conclut: "nous sommes donc conduit à penser que seuls donnent des contenus de "maladie" dans leur Rorschach les sujets qui se sentent menaçés dans leur intégrité physique".

Tout en reconnaissant avec Palem que "les réponses de spaltung se rencontrent en dehors de la schizophrénie dénonçant peut-être l'existence de ce qu'on pourrait appeler *un potentiel dissociatif*" (souligné dans le texte) il nous semblerait que les contenus de "maladie" et de "mort" chez le toxicomane devraient aussi être interprétés dans le sens d'une atteinte à l'intégrité physique.

a) Parce que la mort est presque toujours associée à l'usage de la drogue, comme le montrent les exemples suivants:

Exemples:

– Sujet no 18:
Planche IX:
(a) (silence) "Alors, là,je vois *l'overdose, la mort* (G).
"Ça attaque carrément le coeur". (rose)
(b) (très long silence). "*Vraiment la mort*".

Enquête:
orange = cellules, vert = poumons, rose = *le coeur dans lequel s'enfonce l'héroïne.*
Cette interprétation est la "conclusion" en quelque sorte de toute une série de réponses "drogues" données par ce sujet tout au long du test.
Ainsi:
Planche II:
(a) (long silence) "Du sang" (rouge haut supérieur) (silence).
"*Un fixe qu'on a loupé*". (très long silence) (c) (silence)
(b) "C'est tout".

Enquête:
fixe = "immense hématome (les deux parties latérales noires) qui boursoufle, la partie du centre (grande lacune centrale), c'est l'esprit, le subconscient".
Planche VI:
(a) (long silence) (b) (très long silence) (manipulations)
(a) "Un scorpion, le plus gros" (G).
"*Une veine* (ligne médiane) *avec une immense piqûre d'héroïne* (petites taches claires dans l'axe médian haut), on voit l'esprit qui s'étale".
Planche VIII:
(a) (long silence) "*Ça, c'est en plein trip hallucinogène*, disons que . . . il y a toute l'angoisse".
"Deux loups, deux léopards" (parties roses latérales).
(b) "Dans le sens inverse . . . c'est déjà beaucoup mieux".

– Sujet no 11:
Planche IX: (ne prend pas la planche)
(a) . . . . . ah ! . . . . . .
(d) . . . . . "Y doit aussi *se péter celui-là.* C'est tous des pétés".

Planche X: (ne prend toujours pas la planche)
(c) "Puis dans ce sens, ça fait penser à un poumon, avec toutes les saloperies qu'il y a dedans, *la nicotine*, tout ce que tu peux respirer, *la pollution*. Y a même des araignées (bleu latéral). *C'est grave . . . il est peut être mort, le mec" . . . toute la pourriture".*

b) Parce que les réponses "maladie" voisinent presque toujours avec des interprétations "mort" et des réponses "pollution", spécifiques aux jeunes drogués, véritables projections de la détérioration de leur état physique, dégradation parfois réelle, mais toujours souhaitée et niée, tout à la fois.

Exemples:

Sujet no 3:
Planche VIII:
(a), (rose et orange, en bas), "Une fleur, une belle fleur qui a les feuilles *abîmées* (vert), parce que c'est au bord des routes, les gaz des voitures qui abîment elles en *meurent*, la pollution, *toute la pollution"* (G).
Planche IX:
(a), (DG) "Une femme, un peu . . . peut-être *malade* ou quelque chose comme ça... qui essaye de se faire belle en mettant des chapeaux, de se maquiller avec des couleurs un peu bizarres".
Planche X:
(a) (gris médian, supérieur) dernière réponse: "Un papillon *déjà mort*, et les ailes sont repliées".

Sujet no 11:
Planche VIII:
"Ah! en couleur! Ah ! ! ! . . . . . C'est déjà plus compliqué ! "
(a) "*Ça* me fait penser à un cerveau . . . qui est complètement court-circuité. Y a des flèches, des flammes qui sortent du cerveau . . . P't-être *un mec qui a pris un trip*, puis on voit le cerveau qui s'enflamme. . . "
(c) "Ça, c'est tout simplement une fleur"; *une rose qui se fane, les feuilles qui tombent, la décadence*". (rend la planche) "C'est pas très marrant, ces dessins, c'est plutôt triste . . . Moi qui espérais me marrer . . . T'as pas des questions, des trucs où on pourrait se marrer ? "

c) Enfin, parce que le nombre et le contenu des réponses-anatomie viennent corroborer cette interprétation.

2) En effet, nous relevons dans les protocoles des toxicomanes un nombre significativement plus élevé de *réponses "anatomie".*

Selon G. Zangger (68), "les réponses-anatomie n'indiquent pas seulement, comme Rorschach le supposait, un complexe d'intelligence, mais aussi un intérêt particulier pour l'existence physique chez des personnes qui se sentent menacées dans leur vie même, ainsi que dans leurs processus vitaux".

Nous donnons d'autant plus volontiers cette signification aux réponses-anatomie produites par nos adolescents toxicomanes qu'elles sont aussi toujours associées à

(68) "Die Versager, Zwischenformen und Anatomiedeutungen im Rorschach" schen Formdeutversuch, Rorschachiana I, suppl. 7 de la Rev. suisse de Psych. Berne 1945, p. 104.

l'idée de mort, bien souvent verbalisée.

Exemples:

Parmi toutes les réponses "crâne de mort", "tête de mort", "crâne de mort qui commence à pourrir", nous relevons:

– Sujet no 10:
Planche III:
(a), "Un squelette, un mort, *parce que je me détruis, actuellement".*

– Sujet no 12:
Planche VI;
(a), "Une bête morte. C'est la mort de l'animal qui me déplaît, *celle de l'homme ne me déplaît pas. J'ai pas peur de la mort, je l'ai vue plusieurs fois".*

(Et, effectivement, une tentative de suicide est signalée dans le dossier médical du premier, plusieurs dans celui du second).

3) *Des réponses reconnues comme reflétant un état dépressif avec idées de suicide:* arbre brûlé, arbre pourri, bois carbonisé (D. Anzieu); ou des réponses d'envol, d'élan, de vertige, de tourbillon, de chute "mortelle", réponses retrouvées chez des sujets en imminence de suicide (A. Moralli-Daninos, N. Canivet, et F. Cerf).

Exemples:

Chez nos toxicomanes:

– Sujet no 12:
Après avoir exprimé à la planche VI son absence de peur devant la mort (cf. page 80) donne les interprétations suivantes:
Planche VIII:
(c), (gris+vert) "Là, on dirait une partie d'une tête d'un animal qui est mort".
Planche X:
(c) "Icare? non? (sourit) *en train de tomber, les plumes ont fondu"* (vert médian entier, en bas).
(a) "Là, on dirait deux types *qui trinquent au-dessus d'un petit, petit ravin. Ils vont se ramasser ! "* (bleu médian = types).

– Sujet no 14:
Planche X:
(c)"Deux alpinistes (rit), ils se tiennent, *vont sauter dans le vide".* (bleu médian = alpinistes).

– Sujet no 22:
Planche X:
(c) "Deux personnages qui se tiennent la main et se retiennent en même temps à un rocher, en-dessous *il y a le vide"* (bleu médian – personnages).
Planche IX:
(b), (brun supérieur entre D 7, Dd25 et extrémité latérale),
"Une très légère silhouette qui monte sur une montagne et qui *s'appuie sur un arbre brûlé.*

– Sujet no 4:
Planche VIII:
(a), (vert), "Le vert quelque chose *qui se brise, en train de se briser, encore*

avec des affinités avec le milieu, quoi,en train de se briser, c'est tout".

– Sujet no 15:
Planche VIII:
(a), "Il semblerait que ce truc, là (gris supérieur) *aurait envie de partir et que ces deux choses l'en empêchent"* (parties roses latérales).

Chez les adolescents de consultation "tout-venant", deux sujets seulement produisent ce type de réponse.

Exemples:

– Sujet no 4:
Planche X:
(c) "Comme ça, c'est une grande fleur qui tient un vase à elle toute seule. *Mais, elle a pas une forte santé".*
A l'enquête:
Un petale est déjà tombé: *là, elle est recroquevillée, elle va pas vivre longtemps.* De toute manière, c'est pas une fleur d'ici, elle est inventée (rit)".

– Sujet no 21:
Planche III:
(c), "Ça, c'est deux têtes de noires, de singes, disons mal formées".
"Ces deux choses, là, surtout, des types d'après naissance. Enfin, il y aurait beaucoup de choses à dire, mais ça aboutit à l'absurde de vouloir s'intéresser à rien du tout".
A l'enquête:
"Deux lépreux qui sont prêts à crever, qui sont déjà morts. Ils ont les yeux fermés et ils sont inertes, *ne cherchent plus à se soigner, se laissent crever par le destin,* ils ont aucune énergie".

Quand aux adolescents normaux, ils ne produisent jamais ce type de réponse.

Pouvons-nous conclure à l'existence d'une thématique d'auto-destruction dans le protocole de l'adolescent toxicomane ?

Nous nous croyons autorisée à le faire de par:

1) le voisinage dans un même protocole de contenus symboliques significatifs et spécifiques aux jeunes drogués (décadence, pollution, maladie, crâne de mort...),

2) associés la plupart du temps à des réponses classiquement admises comme des révélateurs des conduites suicidaires (saut, élan etc ...) et,

3) produites par un nombre de jeunes drogués (59%) plus élevé que celui des adolescents des groupes témoins (X^2 corrigé = 9,9; significatif à .01, à .001 X^2 = 10,83).

En conclusion, les pulsions d'auto-destruction figurent parmi les principales caractéristiques psychologiques de l'adolescent toxicomane, mises en évidence par le test de Rorschach.

Nos résultats concordent donc avec d'autres travaux psychométriques:

en 1970, A. Gorceix, N. Zimbacca, E. Fournier, C. Piva, (69) après examen de 15 toxicomanes, 7 garçons et 8 filles, à l'aide du M.M.P.I., concluent: "autant

(69) "Contribution médico-psychologique à la compréhension des jeunes toxicomanes", in: Ann. méd. psychol. 1970, 2, 126-135.

cliniquement la population précédente paraissait originale et différente de toutes celles qu'il nous a été donné d'étudier, autant les profils au MMPI évoquaient par certains aspects ceux que nous avions pu établir pour nos vastes populations de suicidants jeunes". En outre, les auteurs estiment le profil des suicidants moins pathologique que celui des toxicomanes et pensent que ce dernier serait plus proche de celui des récidivants que de celui des primo-suicidants;

– en 1971, De sanborn, T.M. Casey, G.D. Niswander (70) dégagent une similitude entre les profils obtenus au MMPI par 12 toxicomanes et 12 sujets de 18 à 25 ans faisant une tentative de suicide.

Dans "Au-delà du principe de plaisir", (71), Freud avait déjà souligné la profondeur du lien existant entre le plaisir et l'anéantissement en introduisant le principe de Nirvâna pour qualifier "la tendance de l'appareil psychique à ramener à zéro ou du moins à réduire le plus possible en lui toute quantité d'excitation d'origine externe ou interne (72). "Le principe de Nirvâna, écrit Freud dans "Le problème économique du masochisme" (73) exprime la tendance de la pulsion de mort", et ". . . serait entièrement au service des pulsions de mort" (pp. 212-215).

Nous n'ignorons pas que cette partie de l'oeuvre de Freud, jugée très spéculative, fut, et reste, l'objet de nombreuses controverses et polémiques. Pourtant, elle reçoit de nos jours l'agrément de la majorité des spécialistes de la toxicomanie: voir en particulier la "Table ronde du groupement français d'études de neuro-psychopathologie" du 22 février 1971 sur le thème: "Les conduites autodestructrices du jeune" (74) et l'article, déjà cité (2), de A. Braconnier et C. Olievenstein sur "Les tentatives de suicide chez les toxicomanes actuels".

C'est précisément Claude Olievenstein qui rappelle dans son ouvrage "La drogue" (44), l'importance dans l'économie du toxicomane de la transgression et du désir de mort, problèmes totalement négligés par l'approche psychanalytique ancienne. "Car ce qui est en cause, ici, au-delà du principe de plaisir, c'est "la présence dans la vie psychique d'une puissance que nous nommerons selon les buts pulsion d'agression ou de destruction et que nous faisons dériver de la pulsion de mort originaire de la nature inanimée" (S. Freud. Analyse terminée et analyse interminable 1937)." Quelques lignes plus loin, concluant sur la personnalité pathologique du toxicomane, Claude Olievenstein écrit: "Il s'agit certes d'une personnalité régressive, archaïque, mais il existe autre chose dans l'économie du toxicomane qui tient compte de sa relation avec la société, la loi, mais aussi de sa relation avec la mort, avec le drame". (page 92)

Aussi, concluons-nous que la consommation de drogues serait pour les adolescents qui en font un usage abusif un moyen de régresser à cet état de Nirvâna passif et oral, de réduction extrême des tensions qui ne peut se réaliser que dans la mort.

L'usage abusif de drogues constituerait donc une conduite d'auto-destruction. Conduite que Kernberg dans son tableau descriptif des états-limites situe dans les

(70) "Drug abusers, suicide attempters, and the MMPI", in: Dis. nerv. Syst. 1971, 32, 183-187.

(71) in: "Essais de psychanalyse", Payot, Paris, 1951, pp. 5-75.

(72) J. Laplanche et J.B. Pontalis, "Vocabulaire de la psychanalyse", Paris, PUF, 1968, p. 331.

(73) in: Revue française de psychanalyse, 1928, 2, no 2, pp. 211-223.

(74) in: Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1972, 20-(6-7), 521-549.

(44) loc. cit., page 26.

troubles de caractère de "bas-niveau" où se recrutent essentiellement les états-limites.

III. LES PHENOMENES PARTICULIERS:

Parmi la liste des phénomènes particuliers décrits par Bohm, seules les références personnelles différencient les jeunes drogués des adolescents normaux (X^2 corrigé = 3,81; significatif à .05) et de consultation "tout-venant" (X^2 corrigé = 4,24; significatif également à .05). L'analyse de ces interprétations montre qu'il s'agit plus exactement "d'un rapprochement avec une expérience personnelle à signification égocentrique narcissique "(Palem), caractéristique psychologique de l'adolescent toxicomane déjà plusieurs fois relevée au cours de notre recherche.

IV. SYNTHESE:

Que nous apporte l'approche dynamique des protocoles Rorschach dans la connaissance de la personnalité du jeune drogué ?

Tout d'abord, la confirmation et l'affirmation de certaines caractéristiques psychologiques révélées par l'approche formelle, à savoir:

- .. L'excitabilité extrêmement vive des affects.
- .. La régression libidinale. L'immaturité affective du jeune drogué apparaît tant au niveau des attitudes mises en jeu qu'au niveau des contenus. C'est une affectivité labile, égocentrique, très impulsive.
- .. L'importance de l'agressivité inconsciente, la difficulté à manipuler les pulsions agressives.
- .. L'intensité du malaise intérieur que le toxicomane projette sur les êtres et les choses.
- .. La faiblesse du Moi.

– Mais aussi, la mise en évidence:

- .. D'une personnalité régressive sous le primat de l'oralité.
- .. D'une profonde angoisse flottante.
- .. De tendances homosexuelles latentes ou patentes, d'une angoisse liée à la sexualité.
- .. De tendances autodestructrices sur fond dépressif.
- .. D'une pathologie des relations d'objet.
- .. De mécanismes de défense archaïques.

D. CONCLUSIONS

L'étude comparative de la personnalité d'adolescents toxicomanes, normaux et d'une consultation "tout-venant" à l'aide du test de Rorschach, permet-elle le dégagement d'un profil psychologique propre à l'adolescent toxicomane ?

Et, si oui: quel est ce profil?

Telles sont les questions auxquelles il nous faut maintenant répondre, puisqu'elles recouvrent en fait le premier objectif de notre recherche.

1. Les données obtenues au cours de cette recherche laissent apparaître quelques traits psychologiques communs aux adolescents des trois groupes.

Chez les jeunes drogués comme chez les adolescents normaux, nous relevons:

1) un manque d'assurance, de confiance en soi;
2) un besoin d'affection et une anxiété diffuse qu'accompagne un besoin récurrent d'assurance, résidus de l'insatisfaction des besoins affectifs primaires.

- Quant aux personnalités des adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant", leurs caractéristiques psychologiques communes sont:

1) une certaine fragilité psychique,
2) un refoulement d'éléments névrotiques,
3) une affectivité inadaptée, labile, égocentrique,
4) un Moi faible.

2. Mais, l'acquis essentiel de cette étude réside dans la convergence des résultats permettant le dégagement d'une structure psychologique, non pas spécifique à l'adolescent toxicomane, mais caractérisée par la présence d'une constellation de traits de personnalité qui les apparentent aux états-limites.

Quelle structure psychologique le test de Rorschach des jeunes drogués laisse-t-il apparaître ?

LA PENSEE:

Chez le jeune drogué l'approche mentale de la réalité subit très fortement l'empreinte de ses troubles affectifs.

Ecrasé par un réel qu'il perçoit comme insolite et dangereux, le toxicomane se montre impuissant à aborder convenablement une situation dans son ensemble. L'incertitude intérieure qui l'habite, la pauvreté des moyens de réaction dont il dispose, l'absence de contrôle par les processus mentaux expliquent son incapacité à affronter et à maîtriser les situations auxquelles il doit faire face.

Son ajustement pratique au monde quotidien s'avère tout aussi difficile et inadéquat, toujours en raison du caractère dysphorique de sa perception de la réalité. De plus, le fonctionnement cognitif est fréquemment entravé par l'infiltration du processus secondaire par le processus primaire. Néanmoins, le toxicomane participe à la manière de penser de la collectivité. La pensée est normalement automatisée. Sa précision et le contrôle qu'elle exerce sur la realité extérieure sont suffisants pour permettre au jeune drogué de se diriger dans la vie extérieure et de garder une "bonne façade sociale".

L'AFFECTIVITE:

La réactivité émotionnelle est excessive, inadaptée et les mécanismes freinateurs et de contrôle ne parviennent pas à la contrebalancer en dépit d'une recherche anxieuse et d'une certaine capacité d'adaptation affective.

D'une manière générale, l'affectivité du jeune drogué est immature. C'est une affectivité labile, égocentrique, narcissique, mais surtout beaucoup trop impulsive.

Une des caractéristiques les plus marquées de la personnalité de l'adolescent toxicomane est, sans conteste, la massivité des affects et la primitivité de leur niveau d'expression: absence de modulation, tendances à des décharges impulsives, explosives, impossibilité pour les désirs et besoins irréalisables de trouver des voies de décharges socialisées. Il y a risque de passage à l'acte, particulièrement dans les mo-

ments de grande angoisse. Car le mode de fonctionnement dominant du toxicomane est celui du tout jeune enfant qui ne tend qu'à la liquidation de l'affect sans aucun souci d'adaptation à l'entourage. Comme l'écrit Bohm : "Tout ce qu'il faut c'est que le sujet se "soulage" ". Si, chez le jeune drogué ces décharges ne sont pas constantes, elles n'en sont pas moins graves; d'autant plus, qu'il n'existe pas dans l'organisation libidinale du toxicomane d'élaboration de système de détour, d'ajournement dans la recherche de la satisfaction pulsionnelle: le processus primaire ne subit plus le contrôle du processus secondaire, les conduites sont régies par le principe de plaisir.

L'ANGOISSE:

Elle figure dans la constellation des traits les plus marqués du profil psychologique de l'adolescent toxicomane. Il s'agit d'une angoisse primaire, intense, mal intégrée, peu mobilisable et liée à la problématique pulsionnelle.

LES PULSIONS AGRESSIVES:

Elles sont singulièrement puissantes, profondément refoulées et leur maniement difficile: le jeune drogué ne parvient pas à externaliser une agressivité en partie dirigée vers l'extérieur. Les décharges seront d'autant plus dangereuses que le refoulement est intense et les mécanismes de contrôle inefficaces.

LA SEXUALITE:

Les troubles sexuels sont fréquents: tendances homosexuelles marquées latentes ou patentes, fuite de la sexualité due à un refus de la féminité chez les filles, à une peur des organes génitaux féminins chez les garçons, l'angoisse étant toujours présente.

LA VIE RELATIONNELLE:

Elle pose de sérieux problèmes à l'adolescent toxicomane. Le jeune drogué ne peut supporter la relation d'objet sans s'angoisser. Les êtres humains sont perçus sous un jour si inquiétant et hostile qu'il est obligé d'éviter ou de réduire un contact vécu comme trop angoissant et dangereux.

Le contact avec l'adulte est malaisé et superficiel, avec le psychologue ou le thérapeute dépendant. Des possibilités d'identification à l'Autre existent, mais par suite du narcissisme elles se caractérisent par la dépendance, très souvent et très fortement empreinte de passivité, et ne présentent pas généralement de bénéfice réel pour la structuration de la personnalité.

LA RELATION D'OBJET:

N'ayant jamais atteint le stade de la constance de l'objet, ou l'ayant abandonné, le jeune drogué est peu apte à réaliser des alliances thérapeutiques solides et durables. Car, la relation d'objet du toxicomane est une relation de type anaclitique: l'objet ne peut être investi que sous la pression de désirs irrésistibles mais, sitôt la satisfaction obtenue, il est abandonné. Aussi, les relations d'objet du jeune drogué ne peuvent-elles être que primitives, labiles, diffuses, basées essentiellement sur la satisfaction des besoins, la recherche de relations fusionnelles.

LE CONTACT AVEC LE REEL:

Tout autant que la perception des êtres humains, la perception du réel est très dysphorique: soit que le toxicomane l'investisse de charges pulsionnelles agressives, soit qu'il y projette son angoisse, son malaise intérieur. Cependant, le sens de la réalité objective n'en est pas moins conservé.

LE MOI:

Il y a régression au stade oral et tendance vers un retour au narcissisme primaire tel que R. Diatkine le définit dans ses "Propositions théoriques concernant les fantasmes inconscients" (75). C'est "un fantasme rétrospectif d'une béatitude antérieure". Non pas nostalgie d'un retour à la vie utérine, plutôt désir de retrouver ce que l'établissement de la relation objectale a fait perdre à l'homme et que lui procurait l'état de Nirvâna: réduction extrême ou extinction des tensions internes, quiétude, satiété. Mais, la régression à l'état de Nirvâna, c'est aussi le retour à l'état-anorganique, le retournement d'une partie des pulsions agressives contre le Moi, c'est la satisfaction de la pulsion de mort.

L'ORGANISATION DEFENSIVE:

Le Moi du toxicomane est trop peu structuré, trop faible pour remplir efficacement ses fonctions de contrôle de la réalité, des pulsions et des affects. S'il maintient, avec plus ou moins de difficultés, l'épreuve de la réalité, il échoue dans l'instauration du principe de réalité et se montre tout aussi inopérant dans la maîtrise de l'angoisse que dans l'intégration des pulsions et des besoins à la réalité.

Les mécanismes de défense, tels qu'il est possible de les observer dans le test de Rorschach sont, outre le refoulement, des mécanismes très archaïques:identification projective, idéalisation primitive, omnipotence et très certainement clivage. On relève également la mise en jeu stéréotypée de comportements de fuite, d'évitement, de retrait passif face aux difficultés, conflits et stress.

Autrement dit, nous retrouvons dans ce profil psychologique les composantes de base de l'organisation de la personnalité de l'état-limite décrite par Kernberg:

1) manifestations non spécifiques de faiblesse du Moi: manque de contrôle pulsionnel et de tolérance à l'anxiété;
2) prédominance des processus primaires de pensée;
3) vécu relationnel dysphorique et persécuteur;
4) troubles de caractère de "bas niveau";
5) organisation défensive spécifique;
6) pathologie des relations d'objet;
7) maintien des liens avec la réalité.

En conclusion, la spécificité structurale du jeune drogué mise en évidence par le test de Rorschach présente une similitude certaine avec celle des états-limites étudiés par Kernberg.

Au cours de cette première partie de notre recherche, nous avons essayé de répondre à l'une des deux questions fondamentales que pose la consommation abusive de drogues par les adolescents de notre société: Quelle est la personnalité du toxicomane ?

Mais du niveau descriptif, il est nécessaire de passer au niveau explicatif pour tenter de répondre à la seconde question: Pourquoi devient-on toxicomane?

(75) in: La psychanalyse précoce, Paris, PUF, 1972.

L'étude de la fantasmatisation et des imagos parentales nous paraît susceptible d'apporter des éléments de réponse à cette question cruciale.

Ce sont ces deux points que nous allons étudier maintenant.

II. LE NIVEAU DE SYMBOLISATION AU TEST DE RORSCHACH

Dès la passation du Rorschach par les jeunes drogués, notre attention a été retenue par l'apparition brusque et fréquente de réponses abruptes, le plus souvent à déterminants C pur, CF au Kob, véhiculant des pulsions extériorisées directement et sans masque aucun.

Si les protocoles des sujets des deux groupes témoins renfermaient également des interprétations présentant une certaine similitude de contenus et de déterminants, leur formulation variait considérablement d'un groupe à l'autre comme le montrent les exemples suivants:

Exemples:

– Les réponses C pur:

Chez les adolescents des groupes témoins, les réponses C s'inscrivent dans un contexte culturel, intellectuel ou esthétique et témoignent toujours d'une distance entre le sujet et le stimulus, alors que chez le jeune drogué les affects sont exprimés de façon massive, directe et crue. Ainsi:

– *chez les adolescents normaux:*
– Sujet no 8:
Planche III:
(a) "Là, je verrai plutôt des organes féminins *en coupe* . . . c'est la configuration qui m'a fait penser à ça, vous voyez? La couleur rouge, c'est le sang".

– Sujet no 2:
Planche II:
(a) (blanc central et rouge inférieur)
"Ce serait un mirage et, là, le feu".

– *chez les adolescents de consultation "tout-venant":*
– Sujet no 5:
Planche IX:
(a) "Un verre sur un fond tricolore".

– Sujet no 13:
Planche IX:
(c) "Je vois un martien, un type avec des yeux assez impressionnants. C'est tout". (Reprend la planche). "Il y a le feu autour de lui, il y a de la fumée au-dessus".

– *par contre, chez les adolescents toxicomanes,* l'explosion des affects se révèle au niveau des contenus.

– Sujet no 10:
Planche IX:
(a) "Le rouge, à une position érotique, masturbation".

– Sujet no 11:
Planche II:
(a) "Alors, là, si je sais . . . (se gratte la tête). Ça fait penser à quelque chose avec du sang, mais je ne sais pas quoi . . . un meurtre . . . ou bien une bonne

femme qui a ses règles . . . un trou d'obus, tu vois, une bombe qui vient de tomber et le sang qui gicle . . . ah! . . . à part ça, c'est tout".

– Sujet no 17:
Planche IX:
(a) "Une orgie de couleurs, enfin, peut-être (long silence). Y doit aussi se péter celui-là, c'est tous des pétés".

– Sujet no 17:
Planche II:
(silence) (a), "Je vois du sang (manipulations et nouveau silence), s'il y a du sang, il doit y avoir autre chose. Une bête écrasée, là".

– *Les réponses CF:*

Les contenus des CF des adolescents des groupes contrôle sont plus proches du processus secondaire que du processus primaire, et ces sujets peuvent avoir recours soit à des mécanismes de déplacement (exemple: "une courtillère bien écrasée"), soit à des mécanismes de mise à distance ou d'intellectualisation, (exemple: "quelque chose que j'ai vu en biologie, un animal ouvert").

A l'inverse, les contenus CF produits par les jeunes drogués se distinguent encore par leur charge plus pulsionnelle et leur expression spontanée.

– Sujet no 3:
Planche IX:
(a), "Ça, c'est la peur en personne avec ses grosses dents et son visage qu'on peut pas bien déterminer, un peu flou. Un visage qui a reçu du vitriol".
Planche X:
(a), "Un type qui est en train de faire un cauchemar et qui rêve qu'il est en train de se faire bouffer par des tas d'insectes, cafards, poux".

– Sujet no 11:
Planche X:
(a), "Un poumon avec toutes les saloperies qu'il y a dedans, la nicotine, tout ce que tu peux respirer. Il y a même des araignées . . . C'est grave . . . il est peut-être mort, le mec . . . toute la pourriture".
Planche VIII:
(a), "Ça me fait penser à un cerveau...qui est complètement court-circuité. Y a des flèches, des flammes qui sortent du cerveau . . .p't-être un mec qui a pris un trip, puis on voit le cerveau qui s'enflamme".

– *Les réponses kob:*

Pour l'étude des kinesthésies d'objet, nous avons adopté la position de l'école française, tant pour la définition que pour la signification donnée à ces réponses. C'est-à-dire que nous n'avons retenu que les kinesthésies d'objet "de mouvement violent centrifuge possédant en lui-même sa source d'énergie", "codéterminées par la couleur violente rouge ou noire" (N. Rausch de Traubenberg) et généralement localisées dans la région médiane de la planche. De telles réponses, toujours selon cet auteur, "cristallisent une charge affective importante, une énergie intense d'origine probablement très profonde et qui ne trouve pas de voie plus socialisée pour s'exprimer".

L'analyse des contenus de réponses kob produites par les adolescents de nos trois groupes d'étude est synthétisée dans le tableau 29.

TABLEAU 29

Analyse des contenus des réponses kob produites par nos trois groupes d'adolescents.

Contenus	Normaux	Toxicomanes	Consultation	Rapports intergroupes
Pulsionnels	*Indice: 0,05 1/20*	*Indice: 0,54 12/22*	*Indice: 0,04 1/ 22*	*Tox.Normaux = 10,8 Tox.Consul. = 13,5*
Plus neutres	*Indice: 0,05 1/20*	*Indice: 0,31 7/22*	*Indice: 0,09 2/22*	*Tox.Normaux= 6,2 Tox. Consul. = 3,44*
Culturels	*Indice: 0,30 6/20*	*Indice: 0,22 5/22*	*Indice: 0,27 6/22*	*Normaux.Tox. = 6,2 Normaux.Cons.= 3,44*
Rapport Intragroupe	*Indice: 7 7/1*	*Indice: 1 12/12*	*Indice: 8 8/1*	

Le tableau 29 met en évidence:

1. Pour les adolescents des groupes témoins, une prédominance des réponses kob "culturelles", sans déterminant C ou CF (exemples: "départ d'une fusée, explosion atomique"), qui témoigne de leur capacité à trouver une voie socialisée pour exprimer leurs désirs et besoins profonds.

2. Pour les adolescents toxicomanes, une fréquence beaucoup plus importante de contenus pulsionnels, 11 et 13 fois plus que les adolescents normaux et de consultation "tout-venant", (soit également la moitié des kob produits), souvent associés aux déterminants C ou CF.

Des réponses "une bombe qui éclate et le sang qui gicle", "une lutte et ça fait un éclatement", "quelque chose avec quoi on frappe et ça rejaillit", "une éruption volcanique de laves", figurent couramment dans les protocoles des drogués. Ces réponses reflètent la faible intégration de la réalité au profit d'une expression directe et intense des pulsions et des besoins, incompatible avec les exigences du milieu.

A nos yeux, l'expression de telles interprétations autorisait le rapprochement toxicomanes-psychopathes et impliquait, par conséquent, la mesure plus précise de la valeur économique de la fantasmatisation que nous préjugions également faible chez le jeune drogué. Pour ce faire, nous avons utilisé l'instrument élaboré par L. Cassiers pour son étude de la personnalité du psychopathe délinquant à l'aide du test de Rorschach: l'Indice d'Elaboration Symbolique (I.E.S.)

1. Définition:

L'Indice d'Elaboration Symbolique est "une mesure de la sur-détermination et de l'intégration des pulsions sexuelles et agressives dans une personnalité . . . L'I.E.S. reflète les images et les mots dont disposent les pulsions pour déboucher dans le réel extérieur, la manière dont elles sont manipulées, diversifiées et contrôlées en profondeur". De par son appréciation directe du jeu de la fonction de symbolisation inconsciente, l'Indice d'Elaboration Symbolique serait essentiellement centré sur le Surmoi du sujet.

2. Rappel de la méthode:

Guidée par le souci de ne pas alourdir ce travail nous ne décrirons pas en détail la

méthode de Cassiers que l'on trouvera exposée dans son ouvrage "Le Psychopathe Délinquant". Disons simplement que, dans un premier temps, toutes les réponses des protocoles Rorschach ont été classées en fonction de leur niveau d'élaboration symbolique sur une échelle à quatre niveaux: B, C, D, E et selon un ordre de symbolisation décroissante: la catégorie B contenant les réponses les plus élaborées, la catégorie E les réponses les plus crues, les plus primaires..

Exemples:

Catégorie B: trompe d'éléphant - totem indien - caverne – grotte. Catégorie E: un sexe – un derrière - des chairs molles répugnantes et flasques - du sang – araignée écrasée du pied. Puis, nous avons calculé l'indice d'élaboration symbolique pour chacun des protocoles donnés par les sujets de nos trois groupes d'étude.

$$I.E.S. = \frac{B + C + D + E}{T}$$ dans lequel:

B = nombre de réponses B x 2

C = nombre de réponses C x 1

D = nombre de réponses D x (–1)

E = nombre de réponses E x (–2)

T = nombre de réponses cotées B, C, D, E.

Nous avons également essayé d'appréhender la partie de l'indice responsable des différences observées en calculant:

– l'indice Ia à partir des deux catégories de réponses les plus élaborées.

$$Ia = \frac{B + C}{T}$$

– l'indice Ib à partir des deux catégories renfermant les réponses abruptes.

$$Ib = \frac{D + E}{T}$$

Dans un second temps, nous avons procédé à une comparaison inter-groupes de l'indice d'élaboration symbolique, et vérifier à l'aide du Mann-Whitney U Test dans quelle mesure la différence observée état significative.

3. Comparaison par rapport aux adolescents normaux:

a) Résultats:

Mann-Whitney U Test
Région de rejet: test à une queue

+	:	significatif à .10
++	:	significatif à .05
+++	:	significatif à .01
++++	:	significatif à .001

TABLEAU 30

20 Normaux ↔ 22 Toxicomanes

Indice	Sens de la différence	z	Probabilité	Décision
$\frac{B+C+D+E}{T}$	*Nor. > Tox.*	*2,80*	*.0026*	+++
$\frac{B+C}{T}$	*Nor. > Tox.*	*2,78*	*.0027*	+++
$\frac{D+E}{T}$	*Nor. < Tox.*	*U=38*	*.01*	++

TABLEAU 31

20 Normaux ↔ 22 Sujets de Consultation

Indice	Sens de la différence	z	Probabilité	Décision
$\frac{B+C+D+E}{T}$	*Nor. > C.T.V.*	*1,24*	*.1075*	–
$\frac{B+C}{T}$	*Nor. > C.T.V.*	*1,27*	*.1020*	–
$\frac{D+E}{T}$	*Nor. < C.T.V.*	*U=59*	*N.S.à.05*	–

b) Interprétation:

A la lecture des tableaux 30 et 31, la déficience de la capacité d'élaboration symbolique des interprétations Rorschach chez les adolescents toxicomanes apparait nettement.

En effet:

– Comparés aux adolescents normaux, les jeunes drogués utilisent un langage abrupt et cru, reflet de leurs difficultés à symboliser leurs pulsions sexuelles et agressives, lesquelles s'expriment directement à l'état-brut. De plus, la difficulté de symbolisation des toxicomanes porte sur toutes les catégories: B, C, D, E.

– Contrairement à notre attente, les sujets de consultation "tout-venant" ne présentent pas d'I.E.S. beaucoup plus faibles que les I.E.S. des adolescents normaux.

Au départ, nous avions supposé une capacité d'élaboration symbolique franchement moindre chez les sujets de consultation "tout-venant", compte tenu des résultats donnés par le groupe de névroses non délinquants de Cassiers, qui présentait une pauvreté de la symbolisation inconsciente marquée par rapport aux sujets normaux ($p < .01$). Dans notre recherche, l'écart entre les I.E.S. des normaux et des sujets de consultation "tout-venant" comme la différence observée dans la production de réponses à haut niveau de symbolisation, (les deux en faveur des normaux), ne sont pas significatifs.

Enfin, si les sujets de consultation "tout-venant" produisent plus de réponses primaires, cela ne les différencie pas de façon significative des adolescents normaux,

contrairement aux toxicomanes.

Cette différence entre nos résultats et ceux de L. Cassiers s'explique, selon nous, par la composition de nos échantillons: le groupe de névrosés non délinquants de Cassiers rassemblait "des sujets particulièrement atteints, dont un certain nombre de prépsychotiques"; composition que ne reflète pas celle de notre population de consultation "tout-venant".

– Enfin, si nous calculons l'I.E.S. moyen pour chacun des groupes examinés, nous trouvons:

I.E.S.		
Normaux	Toxicomanes	Consultation
1,24	*0,48*	*1,04*

L'I.E.S. moyen des jeunes drogués est nettement plus faible que l'I.E.S. moyen des groupes témoins. Il avoisine la valeur discriminative retenue par Cassiers pour son diagnostic différenciel névrosés-psychopathes: + 0,5.

En conclusion, la difficulté à symboliser les pulsions sexuelles et agressives apparaît bien, à travers cette comparaison intergroupes (Normaux-Toxicomanes et Normaux-Consultation "tout-venant"), comme l'expression d'un trouble du psychisme, spécifique à l'adolescent toxicomane.

4. Comparaison par rapport aux adolescents de consultation "tout-venant":

a) Résultats:

TABLEAU 32

22 Sujets de consultation ← → 22 Toxicomanes

Indice	Sens de la différence	z	Probabilité	Décision
$\frac{B+C+D+E}{T}$	*C.T.V.> Tox.*	*2,28*	*.0113*	++
$\frac{B+C}{T}$	*C.T.V.> Tox.*	*2,58*	*.0049*	+++
$\frac{D+E}{T}$	*C.T.V.< Tox.*	*U=77,5*	*.05*	++

b) Interprétation:

L'analyse du tableau 32 permet deux constatations:

– L'écart qui sépare l'adolescent toxicomane de l'adolescent de consultation "tout-venant" est moindre que celui qui le sépare de l'adolescent normal, mais est néanmoins significatif ($p = .05$ et $p = .01$). Autrement dit, quelles que soient la nature du trouble et la gravité de son atteinte, un sujet de consultation "tout-venant" parvient à mieux symboliser l'expression de ses pulsions sexuelles et agressives qu'un

adolescent toxicomane.

- Chez le jeune drogué, la baisse des réponses les mieux élaborées (catégories B et C) est plus importante que l'augmentation des réponses primaires (catégories D et E).

En conclusion, comparé à l'adolescent de consultation "tout-venant", le jeune drogué se distingue par sa tendance marquée à extérioriser des pulsions à l'état brut, excès qui ne peut être contrebalancé, vu le déficit de la capacité d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles et agressives. A travers le test de Rorschach, c'est la crudité du langage qui devra retenir l'attention du psychologue en tant que reflet de l'incapacité de symbolisation inconsciente.

5. Conclusions:

L'étude comparative des Indices d'Elaboration Symbolique des réponses sexuelles et agressives données au test de Rorschach par les adolescents de nos trois groupes d'étude: normaux, consultation "tout-venant" et toxicomanes, met en évidence la pauvreté de la symbolisation inconsciente chez le jeune drogué.

Selon nous, cette pauvreté fantasmatique constitue le trouble fondamental de la personnalité du jeune drogué car elle est à l'origine de certaines caractéristiques psychologiques qui favorisent l'installation d'une toxicomanie.

1. L'incapacité de symbolisation inconsciente traduit le disfonctionnement du Surmoi, si l'on veut bien, à l'instar de Cassiers, considérer aussi le Surmoi comme une sorte d'intégrateur, comme le lien nécessaire entre le ça et le réel, l'instance qui offre à l'énergie pulsionnelle du ça "une première adéquation au réel et par le truchement de la vie fantasmatique inconsciente une "soupape" aux pulsions qui ne peuvent se satisfaire dans l'immédiat".

Or, l'étude des Indices d'Elaboration Symbolique dans notre groupe expérimental montre nettement que chez le toxicomane, pulsions, désirs et besoins profonds échappent à l'action du Surmoi. L'incapacité du Surmoi à revêtir les pulsions de symboles permet l'émergence directe dans le Moi des pulsions issues du Ça, sans qu'il y ait possibilité de les organiser dans un registre étendu de fantasmes ou d'activités acceptables pour le Moi. Par conséquent, le mode de fonctionnement du toxicomane ne peut être que celui de la décharge immédiate et non différée. Le jeune drogué est incapable de supporter l'ajournement de la satisfaction pulsionnelle. A travers le test de Rorschach du toxicomane, l'intensité de la charge pulsionnelle des contenus, la crudité du langage, le faible niveau de l'Indice d'Elaboration Symbolique ainsi que la série des items classiques (C purs, CF, Kob, FC<CF+C) attestent bien de l'infiltration presque constante du processus secondaire par le processus primaire de pensée. Et le dégagement de cette caractéristique psychologique de base confirme la parenté mise en évidence au chapitre IV entre l'organisation de la personnalité des toxicomanes et celle des états-limites car, comme nous l'avons déjà mentionné à la page 56, la prédominance du processus primaire de pensée constitue, selon Kernberg, l'indice structural primordial de l'organisation de la personnalité des états-limites.

Il y a donc chez le jeune drogué primauté du principe de plaisir sur le principe de réalité, recherche de gratifications irréalistes immédiates. Le Moi du toxicomane est resté sous la dominance du principe de plaisir et c'est cette organisation structurale qui, selon nous, favorise le développement d'un noyau toxicomaniaque de la personnalité. En effet: d'une part, l'insuffisance du processus secondaire rend le toxicomane incapable de comportement adaptatif susceptible de réduire le déplaisir

de la tension instinctuelle. D'autre part, la drogue lui offre, précisément, des possibilités de satisfactions élémentaires immédiates, ouvre au processus primaire des voies n'ayant plus besoin d'issue. C'est en ce sens que l'on peut définir les toxicomanies comme le résultat de la rencontre d'une personnalité et d'un toxique. Si les auteurs, avec raison, ont souligné la faiblesse du Moi du toxicomane, l'accent n'a pas été assez porté, nous semble-t-il, sur le Surmoi ou l'insuffisance de la vie fantasmatique.

2. Cette incapacité du Surmoi à manipuler et à synthétiser les pulsions par leur investissement symbolique rend impossible ou difficile l'accès à la fantasmatisation consciente qui permettrait la réalisation d'un désir non satisfait par la création d'une situation imaginée qui laisserait apparaître le désir réalisé. Le Moi du toxicomane est donc privé de cette technique qui lui éviterait momentanément le déplaisir ou la frustration en tenant la réalité à l'écart, la distinction "réel" "irréel" étant maintenue. Dans le fonctionnement économique du jeune drogué, les rêveries élaborées et contrôlées dont Anna Freud a souligné l'importance durant la période de latence et l'adolescence comme moyen de concilier harmonieusement principe de plaisir et principe de réalité font défaut. Et si cette faille joue un rôle déterminant dans l'expérience de la drogue tentée par certains adolescents, son rôle dans la poursuite de cette expérience serait, selon R. Diatkine, tout aussi important (76). "Si l'adolescent, au-delà de sa réaction dépressive momentanée, a de bonnes possibilités de trouver un certain plaisir dans la fantasmatisation, quelle que soit l'intensité et la qualité des conflits provoqués par cette fantasmatisation, l'immédiateté de la satisfaction hallucinatoire provoquée par la drogue ne désorganise par son système. Par contre lorsque la fantasmatisation est impuissante à équilibrer la frustration, il y a de sérieuses possibilités pour que la nouvelle voie ainsi constituée entraîne une fuite irréversible du moins pour un temps – d'énergie libidinale".

3. Si l'Indice d'Elaboration Symbolique ne porte que sur les réponses sexuelles et agressives, la pauvreté du niveau de symbolisation inconsciente n'en concerne pas moins l'angoisse, comme en témoigne la thématique archaïque qui caractérise les protocoles Rorschach des jeunes drogués. Or, l'angoisse apparaît bien, tant à travers l'approche formelle que dynamique des protocoles Rorschach, comme la caractéristique psychologique la plus saillante de la personnalité du toxicomane. Contrairement au protocole Rorschach du psychopathe qui ne renferme le plus souvent aucun signe d'angoisse, le Rorschach du toxicomane "suinte" l'angoisse: angoisse ressentie vis-à-vis de la réalité intérieure comme du monde extérieur. Le Moi du jeune drogué est assiégé par des pulsions dont le maniement lui échappe car elles n'ont été ni modelées ni synthétisées par le Surmoi: et l'angoisse ressentie face à l'émergence de pulsions agressives intenses, vis-à-vis de la sexualité (et plus particulièrement des tendances homosexuelles) est une angoisse profonde. Tout comme celle éprouvée face à un réel sur lequel le toxicomane ne peut que projeter son agressivité et son malaise intérieur et qui, de ce fait, lui apparaît insolite et dangereux.

Dans l'approche dynamique, nous avons eu, à maintes reprises, l'occasion de relever des images massives et primitives de mort, des images de détérioration personnelle tant physique que psychique, des images de fuite. La massivité et la primiti-

(76) "L'adolescent et l'usage des drogues. Point de vue psychologique", in: L'information Psychiatrique, Vol. 50, no 7, sept. 1974, pp. 687-690.

vité de telles images montrent bien l'incapacité du toxicomane à manipuler et a élaborer son angoisse et, par conséquent, son incapacité à la maîtriser et à l'intégrer dans sa personnalité. C'est l'impuissance extrême de ces sujets à vivre leur angoisse qui constitue, selon nous, la motivation centrale à l'usage abusif de toxiques. Nous pensons que les drogues sont pour les jeunes qui s'y adonnent régulièrement des substances compensatoires consommées dans le but d'apaiser cette profonde angoisse de base et de faciliter des contacts difficiles et redoutés.

4. Mais, il existe chez le toxicomane une autre source d'angoisse à la base de laquelle nous retrouvons l'insuffisance fantasmatique: c'est l'angoisse née de l'absence de la permanence de l'objet libidinal, et qui peut revêtir une multitude de degrés allant jusqu'à l'angoisse de destruction. En effet, la reconnaissance de la continuité de l'objet extérieur suppose processus secondaire et principe de réalité alors que chez le toxicomane, comme nous l'avons montré, il y a prévalence du processus primaire et primauté du principe de plaisir.

Autrement dit, chez le jeune drogué, les processus secondaires mal intégrés au Moi sont donc difficilement utilisables pour lui permettre d'évoquer l'image de la mère absente et rendent difficile, voire impossible, l'accès au stade de la permanence de l'objet total (nous avons déjà abordé cet aspect de la personnalité du toxicomane par la mise en évidence des réponses préobjet, nous y reviendrons lors de l'étude de l'imago maternelle). C'est pour se soustraire à l'angoisse insupportable qui en résulte que ces jeunes se tourneront vers la drogue, vite identifiée à un objet compensateur idéal capable de combler le vide laissé par l'absence d'internalisation de l'image maternelle. La drogue serait le substitut du sein maternel, toujours à disposition et qui ne fait courir aucun risque de frustration ou d'abandon. Ce qu'une de nos jeunes droguées exprimait lorsqu'elle nous confiait: "Ma mère, j'l ai pas connue, c'est ma grand-mère qui m'a élevée . . . Mais, c'est pas la même chose . . . Mon père, j'le vois jamais, il peint. Oh, c'est pas Picasso! . . . Mais, avec le fixe je n'ai plus besoin d'affection. J'ai tout, quand je veux". Comme l'écrit Joan Rivier dans "L'amour et la haine" (77): . . . "Ce fantasme, d'importance capitale d'un sein toujours gonflé et qui ne fait jamais défaut, est naturellement la défense *par excellence* (en français dans le texte) contre l'éveil en soi d'éventuels sentiments soit d'infortune, soit de destruction".

Incapacité à abandonner les gratifications instinctuelles, angoisse pulsionnelle, angoisse née de l'absence ou de la perte de la constance de l'objet, et conséquemment sentiment d'incertitude et d'inconsistance intérieure, voire d'absence d'unité psychique, trouvent leur source dans la pauvreté de symbolisation inconsciente, l'insuffisance d'élaboration fantasmatique et constituent autant de motivations profondes à l'usage abusif de toxiques. Ces adolescents dont le Moi ne remplit pas (ou mal) ses fonctions à l'égard du Ça comme à l'égard de la réalité, qui ne peuvent adopter face aux situations conflictuelles ou anxiogènes que des attitudes de passivité et de fuite vont, par le biais de la drogue, tenter de retrouver l'atmosphère sécurisante de la phase orale, ce que leur donnait l'état de Nirvâna.

En conclusion et d'une manière générale, la faiblesse du Moi et le dysfonctionnement du Surmoi (pauvreté fantasmatique) contraignent ces sujets à se réfugier dans la drogue, utilisée comme moyen de survie.

(77) Petite Bibliothèque Payot, 1969.

III. LES IMAGOS PARENTALES

Nous venons de montrer que l'incapacité de symbolisation inconsciente du toxicomane pouvait constituer un obstacle à la constance de l'objet. Mais, l'étude de la relation objectale ne peut se limiter à l'étude d'un seul des deux pôles (sujet) de la relation. La nature du second pôle (objet) doit bien aussi interférer dans l'établissement de cette relation et sur sa qualité et, par conséquent, sur la personnalité du sujet qui se construit à partir de cette relation.

Il nous faut donc, maintenant, aborder l'étude des imagos parentales et leurs rapports avec certains traits de personnalité ou motivations profondes à l'usage de drogues.

Nous avons choisi pour illustrer notre approche clinique des imagos parentales à travers le test de Rorschach, de présenter des extraits de protocoles tirés parmi ceux produits par les adolescents de nos trois groupes d'étude.

1. Dans un premier temps, nous transcrivons in extenso les réponses données par les sujets examinés aux planches paternelle et maternelle.

- Dans la 1ère colonne: nous indiquons les réponses de l'adolescent, et entre parenthèses: les interventions du psychologue et l'observation comportementale du sujet.
- Dans la 2ème colonne: les localisations, les données de l'enquête.
- Dans la 3ème colonne: les réponses cotées, les appréciations du psychologue sur les attitudes défensives mises en jeu et sur la nature de la relation établie entre le sujet et le psychologue.

2. Dans un second temps, nous procédons à l'analyse structurale et dynamique. C'est-à-dire que pour l'ensemble des réponses données à une même planche, nous pratiquons l'analyse conjointe du type d'appréhension, des déterminants, des contenus, puis de l'ordre de succession. Chaque réponse est numérotée et est immédiatement suivie de son analyse.

Il va sans dire que dans notre manière habituelle d'interpréter le test de Rorschach, cette analyse structurale et dynamique n'intervient qu'après la cotation de toutes les réponses produites par le sujet et l'élaboration du psychogramme.

Enfin, à chaque fois que cela a été possible, nous avons confronté notre interprétation des imagos parentales avec les renseignements portant sur les antécédents familiaux des sujets examinés.*

A L'IMAGO PATERNELLE

1. LE CHOC PATERNEL:

Le tableau 33 résume la fréquence et l'intensité du choc paternel manifesté par les adolescents de nos trois groupes d'étude, ainsi que leur capacité à surmonter ce choc (toujours selon les même critères, exposés page 58).

* *Nous remercions M. le Pr. G. Garrone, Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Genève, Médecin-Chef du Centre Psycho-social Universitaire de Genève, d'avoir mis à notre disposition ces informations et autorisé leur publication.*

TABLEAU 33

CHOCS	Résultats Tox. 22	Nx 20	Degré de signification de la différence x^2	CHOCS	Résultats Tox. 22	C.T.V 22	Degré de signification de la différence, x^2
Choc paternel				Choc paternel			
Fréquence.....	*17*	*9*	*4,62, S. à .05*	*Fréquence.....*	*17*	*11*	*3,53 S. à .10*
Intense.....	*14*	*5*	*0,001 N.S.* x^2 *cor.*	*Intense.....*	*14*	*9*	*0,001 N.S.*
Surmonté....	*2*	*7*	*8,60, S. à .01*	*Surmonté.....*	*2*	*2*	*N.S.*
Chocs conjugués	II et IV			Chocs conjugués	II et IV		
	17	*5*	*11,47 S.à .001*		*17*	*5*	*13,09 S. à .001*

La lecture de ce tableau montre:

1. Que les adolescents toxicomanes sont plus nombreux que les adolescents des deux groupes témoins à présenter des rapports troublés avec l'élément paternel; mais seule la différence avec les normaux est significative (.05, C.T.V. = .10).

2. Que seuls les adolescents normaux possèdent un Moi suffisamment fort pour leur permettre de surmonter un choc paternel qui se révèle intense quel que soit le groupe d'appartenance.

3. Que les jeunes drogués présentant des relations perturbées avec l'élément paternel, soit 77% de la population des toxicomanes examinés, témoignent également d'une forte agressivité à l'égard du père (différence observée significative à .001).

II. L'IMAGO PATERNELLE:

Le tableau 34 rassemble les différents types d'imagos paternelles, telles qu'il est possible de les appréhender à travers le test de Rorschach.

L'analyse du tableau 34 met en évidence:

1. Dans chaque groupe d'adolescents, l'apparition d'un certain type d'imago paternelle.

– *Chez les adolescents normaux*, l'image du père est absente ou lointaine dans 60% des cas. (La différence observée par rapport aux toxicomanes est significative à .01; par rapport aux sujets de consultation, presque à .05, $X^2 = 3{,}35$).

De plus, les relations avec l'élément paternel apparaissent plus souvent dépersonnalisées (différence observée significative à .05).

Les protocoles des adolescents normaux se caractérisent par l'absence de la kinesthésie humaine classique à la planche paternelle ou par la présence de réponses humaines dégradées, dévitalisées (dessin, squelette) ou complexuelles accompagnées, pour la moitié d'entre elles, de réponses estompage de texture EF, signe d'une recherche de contact physique et de carence affective précoce.

TABLEAU 34

Analyse des imagos paternelles relevées dans les protocoles des adolescents de nos trois groupes d'étude.

Image paternelle	Résultats Tox. 22	Nx 20	Degré de la signification de la différence, X^2	Image paternelle	Résultats Tox. 22	C.T.V 22	Degré de la signification de la différence, X^2
Absente ou lointaine	3	12	X^2 cor.=7,89 S. à .01	*Absente ou lointaine*	3	7	X^2 cor.=1,16 N.S.
Imposante dominante	6	7	X^2 cor.=0,04 N.S.	*Imposante dominante*	6	4	X^2 cor.=0,12 N.S.
Menaçante	5	0	p = 0,00318 S. à .003	*Menaçante*	5	4	/
Dévalorisée	8	1	X^2 cor.=4,39 S. à .05	*Dévalorisée*	8	1	X^2 cor.=5,02 S. à .05
Image anxiogène castratrice	0	0	/	*Image anxiogène castratrice*	0	6	p = 0,00072 S. à .0007
Relations dépersonnasées	2	8	X^2 cor.=3,94 S. à .05	*Relations dévitalisées*	2	5	X^2 cor.=0,67 N.S.

Exemples:

– Sujet no 13. Jeune adolescente, 15 ans 8 mois. Lycéenne.
Planche I:
Donne une réponse "squelette", indice de rapport dépersonnalisé avec le père (M. Orr).
Le long silence initial, accompagné de nombreuses manipulations laisse supposer un choc.
Planche IV:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(a) (silence) (c) (a) 1. "Un arbre, le tronc" (doigt sur l'axe central) "Je ne sais vraiment pas" (silence)	L'ensemble tronc = précision	G F + Pl.

La situation trouble le sujet qui ne peut visiblement pas l'affronter dans son ensemble: silence, retournement de la planche.

La figure humaine n'est pas perçue, et l'intérêt pour le centre de la tache traduit, la recherche d'un appui auprès du père. La réponse arbre renforce cette interprétation. Le choc paternel est confirmé.

2. "Une île"	L'ensemble	G F ± Géo.

Le sujet très troublé par l'évocation paternelle va tenter de recourir à l'intellectualisation. Mais, le contrôle par la pensée s'avère inefficace, le sujet ne pouvant produire qu'une réponse de forme indéterminée.

(c), (nombreuses manipulations) 3. "Un vieux parchemin"	L'ensemble	G E F parchemin

Envahi par un malaise grandissant, le sujet ne peut plus maîtriser la situation (retourne la planche) et va donner l'interprétation "parchemin", réponse des plus dévitalisées, exprimant l'affectivité émoussée du sujet, un profond sentiment d'absence de chaleur, de vie.

– Sujet no 9. Etudiant de 22 ans.
Planche I:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(a) (très long silence) (c) (nouveau silence) 1. "Là, je vois un masque qui regarde". "Je la rends ou je dois encore faire quelque chose?	L'ensemble	Db1 GF + masque

Choc initial. Le sujet est trop troublé pour pouvoir aborder la situation de face.

La seule réponse donnée à la première planche est la réponse "masque", symbole de la peur de la figure paternelle et de l'autorité en général. (M.Orr.). Le "Masque qui regarde" pourrait également traduire la crainte d'être épié et, éventuellement, un sentiment de culpabilité, interprétations qui devront être confirmées par d'autres indices.

Planche IV:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
1. (a) "Là, je vois un motocycliste de dos, penché. Vu de dos et *de loin.* Ouais, c'est ce que je vois, mais *c'est très soupçonné,* hein!"	L'ensemble	GK + H Orig. +

Epreuve du choix:

La planche paternelle est rejetée: "Je ne sais pas, *trop lointaine* par rapport aux autres. *Me rappelle rien dans l'esprit,* ça ne laisse pas assez de place à l'imagination, trop figuratif".

Analyse:

1. A la planche paternelle, la figure humaine est donnée spontanement. Elle est de très bonne qualité et, qui plus est, originale. Malgré des relations distantes avec un père qui est perçu beaucoup trop lointain et dont la présence est plus

"soupçonnée" que vécue, le Moi de l'adolescent est suffisamment fort pour lui permettre de surmonter le choc paternel.

– *Les adolescents de consultation "tout-venant"* sont les seuls à présenter une angoisse de castration à l'origine d'un choc souvent violent et perturbateur.

Nous relevons dans les protocoles de ces sujets des chocs conjugués aux planches paternelle et sexuelle, IV et VI, des contenus tels que: "insecte amputé", "chat écrasé" (IV), "mantes religieuses qui se battent" à la planche féminine (IX), et des réponses: "éléphant à la trompe coupée", "bison sans cornes", "pinces" etc. . ., autant d'indices d'une importante angoisse de castration.

Exemples:

– Sujet no 21: adolescent de 20 ans.
Planche I:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(a) (silence)		
1. "Des pinces, en avant. Puis, oh, il y aurait beaucoup de choses à dire. Il faut vous raconter tout? Boh! Je vous (silence). On pourrait encore décrire, mais ça revient au même, c'est toujours rattaché à la même idée."	Petites saillies médianes supérieures. Pinces de crabe.	Do F + Ad Question dictée par l'inquiétude. Commentaire défensif.
2. (c) "Un masque de diable".	L'ensemble	Db1G Fclob masque

Analyse:

Choc.

1. Le sujet est affectivement troublé (Do) et va chercher l'appui de la psychologue. L'attitude défensive d'indifférence passive qu'il adopte dans sa tentative d'affrontement de la situation est si inefficace qu'elle l'oblige à se détourner de cette situation génératrice de malaise (planche en position (c)).

2. Néanmoins, le sujet maintient son effort et essaie d'utiliser sa pensée pour maîtriser l'angoisse (Fclob): la réponse donnée, "un masque de diable", cumule deux symboles de la peur de la figure paternelle et de l'autorité en général. (M. Orr)

Planche IV, paternelle:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(a) "Toujours du même, il y a toujours la même signification dans le fond ". (silence)		Réapparition de l'inquiétude ressentie à la première planche.
1. "Ça (doigt sur la planche), ça ressemble à une limace écrasée". "C'est tout".	Partie médiane inférieure.	D Fclob Ad

Analyse:

1. Choc et lutte contre l'angoisse: absence de la K classique, baisse quantitative, expression camouflée du trouble ravivé par l'évocation paternelle, Fclob. L'unique réponse donnée à cette planche porte sur le symbole phallique (partie médiane inférieure) et son contenu "limace écrasée" exprime et confirme l'angoisse de castration déjà suspectée à la première planche (réponse "pinces").

Planche VI, planche sexuelle:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
(a) "Pour le moment, c'est indescriptible". (silence)		Remarque incertitude.
"N'importe quoi" (encouragements) "Non, ça ne veut rien dire tout ça".		Fuite Refus et critique de l'objet.

Analyse:

Choc sexuel très intense: la stupeur atteint son paroxysme et se traduit par un refus qui doit être, ici, interprété comme "une résonance intime des complexes" (Schaffner) étant donné les analyses des planches I et IV (paternelles).

A l'épreuve complémentaire du choix:

Les planches rejetées sont, par ordre:

- la planche I: "Elle est cruelle" (Pourquoi?) "Je ne sais pas, une impression très désagréable";
- planches IV et VI, planche paternelle et planche sexuelle:
  planche IV: "Sur celle-ci, la découpe (symbole phallique) me plaît pas, je déteste ce qui n'est pas proportionnel. Pour la deuxième (planche sexuelle), c'est pareil".

Ces choix négatifs se passent, nous semble-t-il, de commentaires: l'angoisse de castration ne saurait être mieux explicitée.

– *Enfin, chez les adolescents toxicomanes,* l'image du père apparaît très dévalorisée ($X^2 = 4{,}39$ et $X^2 = 5{,}02$; S. à .05). Nous relevons dans les protocoles des jeunes drogués, à la planche paternelle, des réponses: clown, clodo, vieux cochon, homme ridicule, grotesque.

Exemples:

– *Sujet no 12,* polytoxicomane (héroïne, morphine), 23 ans.

Planche IV:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
(a) (long silence) (manipulations)		
1. (a) "Ça, on dirait un gros bonhomme qui est assis dans un fauteuil, affalé dans la pénombre".	L'ensemble "une espèce de cloclo, vautré, affalé". Pénombre: "parce qu'on distingue mal".	G K + H passive.

Si la K classique est perçue, l'image du père est extrêmement dévalorisée: clodo, affalé, vautré.

2. (c) "Ou encore une chauve-souris dans ce sens".		G F + A

Le sujet cherche à échapper au trouble suscité et tente de maîtriser la situation par la pensée (planche en position renversée, F +). Mais, le contrôle rationnel ne "tient" guère: l'anxiété "déteint" sur la réalité et la transforme, la chauve-souris devient une "espèce" de chauve-souris.

3. (silence) "Une *espèce* de chauve-souris" (ton appuyé)		Répétition
4. (silence) "Ou trois têtes de dromadaires".	Moitié inférieure	D F − Ad orig. −

Enfin, il échoue complètement, comme en témoigne la dernière réponse F−, orig. . Le choc clob se poursuivra à la planche V, puis, plus atténué, à la planche VI.

Antécédents familiaux:

Père épicier ayant des problèmes financiers. Vécu comme "un peu étroit" mais gentil, ayant surtout des contacts avec la télévision.

– *Sujet no 4,* adolescente de 15 ans 8 mois, héroïne et morphine, i.v.
Planche IV:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(a) (court silence) "C'est tout en noir, c'est tout dans les tons noirs".		Choc clob
1. "ça c'est quelque chose de très difforme, alors une bête préhistorique, voilà: au temps où les animaux préhistoriques avaient des ailes et des pattes en même temps; tête,, ailes, pattes, préhistoire du tout début".	L'ensemble	G Fclob A Mise à distance Remplissage speudo-intellectuel face à l'angoisse

L'angoisse est forte et l'adolescente tente, par un mécanisme de mise à distance (animal préhistorique, préhistoire du tout début), d'éloigner un réel par trop perturbateur .

2. "Oh, vous savez un homme très grossier! ça serait les pieds, des grands pieds disproportionnés, il a des petits bras, la tête rentrée dans les épaules, ridicule, vraiment! "	L'ensemble	G F + H Précisions

L'image du père est à la fois dépréciée et imposante (homme grossier, mais avec de "grands pieds disproportionnés"). Le sujet lutte contre l'angoisse qui caractérise

sa relation à l'image paternelle en essayant de la minimiser: le père devient vraiment ridicule.

3. "Là, deux espèces de silhouettes, les taches plus claires, qui s'émanent, deux fantômes, je suis morbide dites-moi, je vois des êtres difformes". (d) Ce coup-ci, c'est bien tout. Vous voudriez que je vous donne d'autres réponses? "	Grande saillie latérale inférieure	D FE (H) Tendance Fclob Auto-critique Dépendance, reporte la responsabilité sur la psychologue.

Malgre la poursuite d'une recherche anxieuse d'adaptation (FE), l'adolescente a conscience des sentiments dysphoriques qui l'envahissent et préfère abandonner, non sans chercher à faire partager à la psychologue la responsabilité de cette attitude de retrait.

Antécédents familiaux:

Le père, âgé de 58 ans, est un alcoolique chronique qui a fait un séjour en hôpital psychiatrique il y a 6 ans. Il est très autoritaire, peu affectueux et présente une personnalité psychasthénique.

L'adolescente:

Pavor nocturn pendant toute son enfance. Se rappelle d'une scène, alors qu'elle avait 3 ans environ, au cours de laquelle le père aurait battu sa mère enceinte. Depuis lors, aurait terriblement peur de son père.

Complètement négligée par ses parents. Ne s'est jamais rendu compte de leur alcoolisme, mais aurait souffert de la mésentente conjugale. Est très souvent impliquée dans les disputes familiales. Enorme besoin affectif qui n'est pas satisfait par ses parents auxquels elle est très attachée, mais qui l'ont négligée totalement. Education très rigide. Le père bat sa fille.

Patiente culpabilisée par ses parents, et vis-à-vis des parents. A fait une tentative de suicide après une dispute violente avec le père.

2. Dans chaque groupe examiné, l'image paternelle se révèle trop imposante pour certains adolescents:

- normaux: 7 sujets, 35%
- consultation "tout-venant": 4 sujets, 19%
- toxicomanes: 6 sujets, 28%

Mais, chez les adolescents toxicomanes et de consultation "tout-venant", cette image paternelle dominatrice, souvent nantie d'une certaine puissance, est ressentie comme menaçante, dangereuse. C'est ainsi qu'elle suscite chez le jeune drogué une forte angoisse: localisation des Do à la planche paternelle, production de clob, clobF ou Fclob à cette même planche.

- *Exemples:*
- *Consultation "tout-venant":*
- Sujet no 18, étudiant aux Beaux-Arts, 17 ans.

Planche paternelle, planche IV:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
1. (a) "Chauve-souris pendue au mur".	"Forme de la chauve-souris, le mur on ne le voit pas, mais ça fait rien".	G Kan A ban. passive
2. (c) "Une peau de mammifère que l'on fait sécher".	"Mammifère à cause des poils et des revers qui sont en cuir, parties claires = bout de bottes".	G F + A ban. tendance FE
3. (c) "Un genre de Dracula qui met ses mains en avant". (repousse d'un geste vif la planche).	"C'est un personnage fantomatique qui lit l'aventure dans une boule de cristal".	G K + (H) tendance Fclob

Analyse:

1. et 2. Malgré les deux premières réactions spontanées et réussies,
3. un sentiment dysphorique d'anxiété lié à l'image d'un père tout-puissant (lit dans une boule de cristal) apparaît dans la dernière réponse.

On peut, dès lors, s'interroger sur la capacité de cet adolescent à faire face aux situations d'autorité, de jugement d'autrui et de préservation de l'image de soi.

– *Adolescents toxicomanes:*

Nous avons choisi d'illustrer l'image paternelle puissante et dangereuse par deux protocoles d'adolescents toxicomanes: le premier, parce que nous possédions un matériel psychothérapeutique qu'il nous a semblé intéressant de confronter au matériel tiré du test de Rorschach; le second, pour montrer la diversité des réactions vis-à-vis d'une imago paternelle dominatrice et menaçante.

– Sujet no 22, adolescent de 14 ans 5 mois, haschich, morphine qu'il fume ou prise.
Planche paternelle IV:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
1. (a) "Alors, là, je vois un personnage imaginaire qui me domine, c'est-à-dire que je le vois plus grand que moi, il a les pieds en bas, la tête en haut".	L'ensemble	G F + (H)

L'image du père dominateur s'impose d'emblée, et le sujet réussit à s'en dégager par un effort d'intellectualisation (G F +) et par un mécanisme de mise à distance (personnage imaginaire). De plus, le sujet analyse la situation avec beaucoup d'insight; à la planche VIII, il nous dira: "De nouveau quelque chose qui me domine, mais qui ne me domine pas. Lui, ne veut pas me dominer, mais je sens qu'il me domine", ajoutant à l'enquête: "Ça me fait penser un peu à mon père".

2.(c) "Je vois aussi un arbre!"	L'ensemble	G F + Bot.

Le sujet va réagir par l'évitement de la situation et l'intellectualisation: réponse donnée en position (c), F+.

3. (d) "Un paysage, un marais à travers la brume et on voit les reflets dedans".	L'ensemble	G EF Pays. Reflet

Mais, aussitôt survient une interprétation en position maternelle. La présence insolite d'une telle réponse à la planche paternelle ainsi que son contenu complexuel doivent retenir l'attention. L'adolescent recherche un appui auprès de l'élément maternel qui lui apparaît lointain, peu stable (marais à travers la brume et à la planche maternelle, l'image de la mère est "une tête sans visage"), ce qui pourrait entraîner une régression (réponses "reflets") que d'autres indices du protocole viendront confirmer.

4. (c) "Je vois aussi un insecte".	L'ensemble	G F – A

Pourtant, face à l'anxiété ressentie (EF de dispersion), l'adolescent maintient son effort d'intellectualisation dans le but de maîtriser la situation, mais le contrôle rationnel échoue (G F –).

5.(a) "De l'autre côté, une mouche". (silence) "Ça me fait ressentir la grandeur, quelque chose de plus grand que moi, qui me domine".	Partie médiane inférieure.	D F + A

Dès lors, le sujet va l'aborder par un aspect concret et pratique et terminera par la production d'une réponse adaptée (D F +).

Grâce à sa capacité de poursuivre son effort d'intellectualisation pour surmonter une situation qu'il analyse avec beaucoup d'insight, cet adolescent parvient à surmonter l'anxiété diffuse suscitée par des imagos parentales mal différenciées d'un père ressenti trop puissant et dominateur, mais néanmoins estimé et aimé, et d'une mère trop absente pour lui offrir le soutien recherché.

– Epreuve complémentaire du choix:

Parmi les planches préférées, le sujet choisit en premier la planche paternelle, et explique ainsi son choix: "Celle-ci, même si ça me fait ressentir une sorte d'angoisse".

Matériel recueilli au cours de 7 séances de thérapie familiale:*

"Père: 50 ans, relativement sympathique, très logorrhéique et envahissant. Dit avoir fait une psychothérapie avec le Dr X.

Mère: 45 ans, femme très discrète qui reste dans l'ombre.

Frère aîné: 20 ans, actuellement étudiant à . . . "

1ère séance:

Le père parle d'abondance, faisant tout et prévoyant tout pour son fils cadet, lui laissant tout juste le temps de répondre. Plainte du fils dans un climat de trop grande gentillesse.

* *Nous remercions le Dr. Portal, chef de clinique au Centre Psycho-Social Universitaire des Vollandes, Genève, de bien avoir voulu nous communiquer ce matériel et autoriser son utilisation.*

La mère reste silencieuse, soutien oculo-muet avec le fils.

Le frère aîné, très retenu, anxieux, ne vient pas ou vient en retard, essaie de tout faire pour ne pas participer aux séances, surtout lorsqu'il est mis dans le bain.

7ème séance:

R. commence à assumer beaucoup plus le fait qu'il est un garçon en train de grandir.

Le père ne réussit pas à aller au-delà des formations réactionnelles de son attitude contre-oedipienne.

Catamnèse:

Onze mois après R. va bien. A arrêté complètement de se droguer depuis 4 mois. A repris régulièrement ses cours au cycle, à la rentrée prochaine pense faire les Beaux-Arts. Projet à plus longue échéance: faire un apprentissage de garde-forestier ou garde-pêche. Fait frappant, surtout pour un adolescent de cet âge: dénie tout effet du traitement".

– Sujet no 11, haschich, surtout amphétamines, 19 ans.
Planche I:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
(Refuse de prendre la planche)		
(a) "Ce que ça représente? "		Le sujet cherche à
(silence)		gagner du temps
"Un vampire, tiens! un vampire,		G Fclob (H)
oui (silence) il est beau ce		Lutte contre
vampire".		l'angoisse.
(silence)		
"Y a des réponses type? . . .		
je veux dire . . . tu attends		Reporte la responsa-
un certain nombre de		bilité de la situation
réponses? " (regarde le dos		sur la psychologue
de la planche)". Puis, je dois		
dire plusieurs trucs? (rappel		Tendance
de la consigne) "C'est tout".		oppositionnelle.

Analyse:

Dans la situation de relation à l'élément paternel, le sujet manifeste une certaine opposition et une anxiété contre laquelle il essaie de lutter, mais les mécanismes défensifs apparaissent assez primitifs.

Planche paternelle, IV:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
1. (a) "Ah! de Dieu!		Perte de la
(silence) ça, c'est un abo-		conscience inter-
minable homme des neiges"		prétative
(silence) (pose la planche).	L'ensemble	G Fclob (H)
"Avec des grands pieds ! "		Précision
"Vu d'en bas, de dessous"		Sentiment
		d'écrasement?

2. "Si tu veux pas écrire abominable homme des neiges, tu peux écrire Yeti." (long silence) "A part ça".		Reporte la responsabilité de la réponse sur la psychologue G F + A

Confirmation du choc paternel.

Le sujet ne peut maintenir son recours à l'intellectualisation pour lutter contre l'angoisse suscitée par l'image paternelle.

3. (c) . . . "Un espèce d'insecte . . . un. . .volant. . . avec réacteurs de chaque côté, tu vois". "C'est un spécial, un insecte moderne . . .en os aussi, mais aussi en fer, pour les réacteurs".	Saillies latérales supérieures	G F–A mécanisation

Incapable de faire face à la situation, le sujet va, comme ultime moyen, utiliser le processus de mécanisation (Palem).

B. L'IMAGO MATERNELLE

Son étude se fera à partir:

1. Des divers chocs permettant d'analyser la qualité de la relation mère-enfant (choc au vide) et ses conséquences sur le développement psychique (choc au morcellement et chocs conjugués: choc-couleur et choc au vide).
2. Les différents types d'imagos maternelles, telles qu'il est possible de les appréhender à travers le test de Rorschach.
3. Les conséquences structurales de la relation précoce mère-enfant.

1. LES CHOCS:

Le tableau 35 synthétise les différents chocs ci-dessus énumérés, leur fréquence, leur intensité et la capacité des sujets à les surmonter.*

Tableau 35

CHOCS	Résultats Tox. 22	Résultats Nx 20	Degré de signification de la différence, x^2	CHOCS	Résultats Tox. 22	Résultats C.T.V. 22	Degré de signification de la différence, x^2
Choc au vide				Choc au vide			
Fréquence.....	*21*	*12*	*X^2cor.= 5,85 S. à .05*	*Fréquence.....*	*21*	*14*	*X^2cor.= 5,02 S. à .05*
Intense.....	*15*	*10*	*X^2cor.=0,11 N.S.*	*Intense.....*	*15*	*8*	*X^2cor.=0,76 N.S.*
Surmonté....	*1*	*6*	*X^2cor.=6,83 S. à .01*	*Surmonté.....*	*1*	*1*	*N.S.*

* *Toujours selon les critères exposés à la page 58.*

Choc au morcellement *Fréquence.....* *Intense.....* *Surmonté.....*	*6* *5* *1*	*0*	*p=0,00072* *S.à.0007*	Choc au morcellement *Fréquence.....*	*6*	*0*	*p=0,00072* *S.à .0007*
Chocs conjugués	*Vide et couleur* *18*	*7*	*X^2cor.=7,68* *S.à .01*	Chocs conjugués	*Vide et couleur* *18*	*9*	*X^2cor.=6,13* *S. à .02*

1. Le choc au vide:

La fréquence du choc au vide est plus élevée chez les adolescents toxicomanes que chez les adolescents des groupes témoins (X^2 S. à .05).

Si l'intensité du choc au vide se révèle intense chez tous les adolescents, seuls les normaux se montrent aptes à surmonter ce choc (X^2 S. à .02).

En d'autres termes, quel que soit le groupe d'appartenance, les rapports avec l'élément maternel apparaissent fréquemment et fortement troublés. Cependant, les adolescents toxicomanes sont plus nombreux à avoir été ébranlés durant leur petite enfance par un sentiment d'insécurité et d'abandon de la part de la mère.

2. Le choc au morcellement:

Aucun des adolescents des groupes témoins ne présente de choc au morcellement, alors que nous le relevons chez 6 toxicomanes. (choc spécifique:p =.0007).

Autrement dit, près d'un tiers des jeunes drogués ne possèdent pas le sentiment de leur unité psychique en raison d'une rupture ou de perturbations précoces avec l'objet sécurisant par excellence, la mère.

3. Chocs conjugués: choc au vide et choc couleur

Nous notons la présence simultanée d'un choc au vide et d'un choc couleur dans 18 protocoles de toxicomanes, 7 d'adolescents normaux et 9 de consultation "tout-venant".

Le traitement statistique de ces résultats montre que les différences en faveur des drogués sont significatives: (X^2 =9,53; significatif à .01 et X^2 =7,76; significatif à .01).

C'est-à-dire que les jeunes drogués ayant eu des relations primaires perturbées avec la mère sont plus nombreux à souffrir de troubles névrotiques.

II. LES IMAGOS MATERNELLES:

L'étude de l'imago maternelle à travers le test de Rorschach suit, dans ses grandes lignes, la méthode de M. Orr: c'est-à-dire qu'elle se base sur la mise en relation des planches I, VII, X, et sur l'évaluation en chaleur vitale des contenus interprétés selon la loi énoncée par cet auteur dans son ouvrage "Le test de Rorschach et l'imago maternelle": "Plus la frustration par une figure parentale est grande, plus le niveau du symbole substituant la réponse H. et qui représente l'identification du sujet, est bas". (page 34)

1. La planche I:

Le tableau 36 résume les contenus donnés à la première planche par les adolescents de nos trois groupes d'étude.

TABLEAU 36

Analyse des contenus donnés à la planche I par les adolescents de nos trois groupes

CONTENUS	Normaux N = 20	Toxicomanes N = 22	Consultation N = 22
Absence de la figure humaine	*17*	*15*	*18*
Relations dévitalisées (os, bassin, etc. . .)	*7*	*1*	*4*
Relations frustrantes (guêpe, scorpion, etc.)	*6*	*4*	*3*

La lecture du tableau 36 permet les constatations suivantes:

1. L'absence de réponse H au centre ou dans les parties latérales de la planche I laisse supposer des relations dépersonnalisées ou perturbées avec la mère pour la majorité des adolescents.

2. Les adolescents normaux sont plus nombreux à produire des réponses confirmant l'existence de relations maternelles dévitalisées (os, bassin, voire squelette) ou frustrantes (interprétations "abeille", "guêpe", "scorpion", "insecte" dans la figure centrale): normaux-toxicomanes, $X^2 = 7{,}64$; significatif à .01, normaux - consultation "tout-venant", $X^2 = 4{,}62$; significatif à .05.

2. La planche VII:

Les représentations maternelles produites à la planche VII sont synthétisées dans le tableau 37.

Nous avons adopté la terminologie utilisée par A. Morali-Daninos, N. Canivet et F. Cerf dans leur étude "Relation mère-enfant et Rorschach", puisque ce travail s'inspirait également de la méthode de Myriam Orr.

Nous obtenons deux grandes catégories de représentations maternelles:

- 1ère catégorie: "Mère évoquée en propres termes": femmes, femmes 1900, danseuses, etc . . .
- 2ème catégorie: "Evocations symboliques dégradées".

Dans cette catégorie nous avons classé les symboles maternels élargis, par ordre décroissant, et selon l'échelle évolutive des dégradations et dévitalisations de Myriam Orr.

TABLEAU 37

Analyse des représentations maternelles données par les adolescents des trois groupes d'étude à la planche VII.

Représentations maternelles	Normaux N= 20	Toxicomanes N=22	Consultation N=22
I. Evocations directes de la mère	N = 11	N = 8	N = 8
1) Mère évoquée en propres termes			
Identification normative	*6*	*5*	*3*
Mère lointaine	*5*	*2*	*2*
Mère dépréciée	*0*	*0*	*2*
Mère phallique	*0*	*0*	*1*
2) Parties significatives du corps: "tête sans visage"	*0*	*1*	*0*
II. Evocations symboliques dégradées	N = 9	N = 14	N = 14
Représentation animales (lapins, éléphants, etc...)	*8*	*4*	*11*
Bustes taillés dans la pierre	*0*	*0*	*2*
Paysages: montagnes, lac	*0*	*3*	*0*
Nuages	*1*	*4*	*1*
Eléments: neige	*0*	*1*	*0*
Fragments: morceaux de terre	*0*	*2*	*0*

L'analyse du tableau 37 met en évidence:

1. Le nombre plus élevé d'adolescents normaux pouvant évoquer la mère en propres termes: 11 adolescents sur les 20 examinés, soit 55% de cette population.

Bien que la différence observée ne soit pas significative (Normaux-toxicomanes: $X^2 = 2{,}29$; Normaux-Consultation "tout-venant": $X^2 = 1{,}46$), une constatation importante s'impose après la mise en relation de la planche VII avec la planche I précédemment analysée: c'est la capacité des adolescents normaux à établir des relations d'objets normatifs et d'identification en dépit de relations affectives primaires perturbées. En effet, alors que les adolescents normaux étaient plus nombreux à fournir à la première planche des réponses attestant de relations dépersonnalisées ou frustrantes avec la mère durant la petite enfance, ils ont pu, néanmoins, intérioriser l'image de la mère (bien que celle-ci puisse, parfois, apparaître trop lointaine) et établir des relations d'objets normatifs.

2. Chez les adolescents toxicomanes, la faible teneur en chaleur vitale du contenu symbolique à la planche maternelle: les jeunes drogués sont plus nombreux à produire des contenus inanimés que les adolescents normaux (X^2 corrigé $= 6{,}08$; significatif à .02) et de consultation "tout-venant" (X^2 corrigé $= 5{,}13$; significatif à .05).

Les évocations symboliques dégradées:

89% des adolescents normaux et 79% de consultation produisent des substituts maternels qui se situent dans le haut de l'échelle évolutive de M. Orr: réponses "animaux à sang chaud" (lapin, chien etc. . .) qui laissent supposer une perturbation des rapports mère-enfant. A l'inverse, chez les jeunes drogués, la majorité des substituts maternels (71%) se situe au dernier degré de l'échelle évolutive.

Ainsi, nous relevons dans les protocoles des sujets de notre groupe expérimental, à la planche VII:

- des réponses "nuages" qui symbolisent le sentiment de dispersion et d'inconsistance,
- 1 réponse "montagne", dévitalisation très infantile, caractéristique des sujets ne présentant pas de stabilisation intérieure, faute d'identification humaine et indice d'une mère psychiquement absente,
- 1 réponse "morceaux de terre", expression d'un sentiment de morcellement dû à l'absence de l'image maternelle,
  1 réponse "étangs" symbolisant le danger d'être englouti et de perte du propre moi (M. Orr),
- 1 réponse "neige": la relation maternelle précoce a été vécue comme une expérience de froideur douloureuse.

Ces contenus inanimés signent l'importance de la frustration et ses répercussions sur le développement psychologique du jeune drogué puisque "plus profonde est la frustration initiale avec la mère, et moins construit le Moi, plus bas est sur l'échelle des formes de vie et du monde créé le symbole choisi qui la substitue et auquel le sujet s'identifie". (M. Orr, page 25).

Quelles sont ces répercussions?

III. LES CONSEQUENCES STRUCTURALES DE LA RELATION PRECOCE MERE-ENFANT:

1. A travers le test de Rorschach apparaissent:

1. Un défaut du développement libidinal: la défusion des pulsions libidinales et agressives.

L'agressivité non fusionnée avec la libido serait le fait, rappelons une fois encore Anna Freud, du processus libidinal incapable d'atténuer ou de réprimer l'agressivité parce qu'il . . . "aurait perdu cette aptitude à un moment donné du développement de l'enfant, en raison des désappointements éprouvés vis-à-vis de l'objet d'amour, rejets imaginaires ou réels, de la perte de l'objet etc . . . ". (Le Normal et le Pathologique chez l'enfant, page 145).

Par conséquent, dans l'économie du toxicomane, les pulsions d'agression ou de destruction (selon leurs buts) ne peuvent être affaiblies par la libido, et l'angoisse résultant de l'action continue de la pulsion de mort ne peut être ni pondérée ni réprimée par le pouvoir de la pulsion de vie. (choc clob + contenus choc au rouge + Db1 + contenus – thématique d'autodestruction–).

La relation maternelle précoce pourrait ainsi être à l'origine de la toxicomanie comprise comme conduite d'autodestruction ou moyen d'échapper à l'angoisse ressentie face à l'émergence des pulsions d'agression.

2. – Une anxiété flottante, dépressive et anaclitique (E, EF de diffusion).

3. – Une avidité affective infantile avec recherche de contact physique (EF de texture), désir de dépendance, résidus de la toute petite enfance et témoins de l'insuffisance des contacts érotiques avec la mère; contacts indispensables au jeune enfant et dont la privation marque à jamais sa personnalité comme le souligne P.C. Récamier dans son "Etude de frustrations précoces" et plus particulièrement dans son analyse de la formation de l'image de soi: "Il me semble aussi qu'il faut insister à cette période (fin de la phase anaclitique)* sur la fonction importante des caresses prodiguées par la mère sur l'ensemble de l'enveloppe corporelle de l'enfant; ces caresses favorisent l'intégration et l'agrégation en un tout des morceaux épars et des expériences inintégrées dont se constitue le sentiment naissant du corps propre"...

4. – L'adoption de conduite régressive.

L'analyse des réactions aux évocations maternelles étudiées selon la méthode de A. Morali-Daninos, N. Canivet et F. Cerf est résumée dans le tableau 38. Elle montre que la conduite élective des toxicomanes, celle qui les distingue des adolescents des groupes témoins est une conduite régressive (.05). Résultat qui confirme ceux déjà mis en évidence dans l'approche dynamique des protocoles Rorschach, notamment par l'analyse des contenus.

TABLEAU 38

Analyse des conduites adoptées par les adolescents de nos trois groupes d'étude.

CONDUITES	Résultats Tox. 22	Nx 20	Degré de signification de la différence, x^2	CONDUITES	Résultats Tox. 22	C.T.V. 22	Degré de signification de la différence, x^2
D'oralité compensatrice	*11*	*10*	*N.S.*	*D'oralité compensatrice*	*11*	*4*	$X^2 cor. = 3,64$ *S. à .10*
de rapprochement	*5*	*4*	*N.S.*	*rapprochement*	*5*	*3*	*N.S.*
de passivité	*10*	*5*	$X^2 = 1,90$ *N.S.*	*passivité*	*10*	*10*	*N.S.*
sadique	*13*	*8*	$X^2 = 1,52$ *N.S.*	*sadique*	*13*	*13*	*N.S.*
régressive	*14*	*6*	$X^2 = 4,75$ *S. à .05*	*régressive*	*14*	*5*	$X^2 = 7,50$ *S. à .05*

5. – Une identité sexuelle mal définie et due à l'absence de modèles identificatoires: absence réelle ou modèles non valables.

6. – Des conflits intrastructuraux (choc au vide et choc couleur conjugués).

7. – Pour certains (un tiers environ de notre population), une forte angoisse née de l'absence du sentiment basal d'unité psychique et de sécurité (choc au morcellement, réponses complexuelles).

**Les parenthèses et leur contenu ont été introduits par nous-même.*

Pour ces sujets, la drogue pourrait être l'ultime moyen utilisé pour sortir d'un état psychique plus ou moins précaire dû à des carences affectives sévères par l'objet sécurisant et unifiant par excellence, c'est-à-dire la mère.

8. Enfin et surtout, l'incapacité de symbolisation inconsciente et l'insuffisance d'élaboration fantasmatique.

La clinique et les travaux des psychanalystes, notamment ceux de Edith Ludowyk Gyomroi auprès d'enfants ayant souffert de carences graves, orphelins, enfants sans foyer ou rescapés des camps de concentration ont montré qu'une carence affective massive et précoce pouvait entrainer la perte de l'objet ou barrer l'accès au stade de la constance de l'objet (78).

Selon quel processus?

D'après Cassiers, l'enfant continuellement frustré finirait par se détourner de l'activité fantasmatique qui ne lui apporte aucune satisfaction et préférerait revenir aux gratifications instinctuelles. Le rejet maternel, un investissement affectif insuffisant, instable ou fugace de la part du premier objet d'amour entraineraient un "désengagement" de la vie symbolique inconsciente. Le processus d'élaboration symbolique inconsciente qui n'est pas en mesure de procurer à l'enfant des gratifications suffisantes resterait atrophié.

Pour notre part, nous en voyons l'illustration dans les réponses préobjet relevées dans un tiers des protocoles Rorschach de toxicomanes. Ce sont, rappelons-le, des interprétations de visage caractérisé par l'absence totale d'expression, données à la planche maternelle (VII), en position renversée, et portant sur le blanc central qui a troublé le sujet: "Une tête sans visage", "Juste le contour d'un visage anonyme" etc. . . Réponses qui, selon nous, refléteraient le vécu préobjectal de la dyade mère-enfant (mécanisme d'identification projective). Or, nous savons depuis les travaux du psychanalyste généticien R. Spitz combien l'expérience visuelle est intimement liée à l'expérience totale du nourrissage durant laquelle s'instaure tout un circuit d'échanges entre la mère et l'enfant: verbaux et infraverbaux de la part de la mère, infraverbaux de la part du nourrisson (79). C'est à travers ces échanges que s'élabore la première gestalt capable de déclencher le sourire de l'enfant, c'est-à-dire la configuration front-nez-yeux, celle que le nourrisson regarde durant les tétées, moments privilégiés de la communication dyadique mère-enfant et dont l'absence caractérise, précisément, les réponses de nos adolescents toxicomanes.

Dans notre recherche, le lien entre le rejet maternel ou des relations affectives primaires dépersonnalisées ou frustrantes et l'incapacité d'élaboration symbolique inconsciente se trouve confirmé par:

1) la présence simultanée à la planche maternelle (VII) de réponses préobjet et de C ou E de EF de texture et de réponses complexuelles ("Deux angelots perdus dans le brouillard", "Deux petites filles qui se cramponnent à un nuage", "Un bébé langé qui tendrait les bras"),

2) données par les sujets qui obtiennent les Indices d'Elaboration Symbolique les plus faibles, allant de $-1{,}25$ à $+0{,}28$ (valeur discriminative: $+0{,}50$). Cependant, il ne faut pas oublier que l'impuissance de symbolisation inconsciente et l'insuffisance d'élaboration fantasmatique touchent l'ensemble du groupe des

(78) "The analysis of a young concentration camp victim", in: The Psychoanalytic Study of the Child, XVIII, 484-510, 1963.

(79) De la naissance à la parole, Paris, PUF, 1968.

toxicomanes. C'est-à-dire, qu'à des degrés divers, la rupture ou la mauvaise qualité de la relation avec le premier objet d'amour entraîne une pauvreté fantasmatique, base de certaines caractéristiques psychologiques constituant des motivations profondes à l'usage de drogues;

3) quant aux exemples suivants, ils mettent en évidence les conséquences structurales d'une relation objectale absente, fragile ou frustrante, mais aussi leurs rapports avec l'étendue et la qualité de la vie fantasmatique mesurées par l'Indice d'Elaboration Symbolique.

2. Exemples:

Nous avons donc choisi de présenter les extraits de protocoles:

1) des sujets qui se situent au bas et en haut de l'échelle des Indices d'Elaboration Symbolique obtenus au test de Rorschach par les jeunes drogués
2) de deux toxicomanes (un garçon et une fille) produisant une réponse préobjet.

a) Indice d'Elaboration Symbolique:

– Sujet no 8, adolescent de 18 ans 6 mois, polytoxicomane:haschich, amphétamines, LSD, surtout mescaline. I.E.S. = 1,59

Planche I:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
1. (a) "Une chauve-souris Peut-être".	L'ensemble	G F + A ban
(ne prend pas la planche) (silence, regarde la psychologue)		Attitude de passivité

La 1ère réponse, sans choc, est rapide, normale, adaptée. Le sujet peut présenter la façade d'une bonne adaptation sociale. Mais, le silence qui suit, l'expression d'incertitude "peut-être", laissent supposer chez ce sujet un certain malaise vis-à-vis duquel il ne peut opposer qu'une attitude dépendante, passive.

2. "Là, un personnage".	(personnage?) "Je ne sais pas". Partie latérale gauche.	D F + Hd

Il renonce à affronter la situation dans sa totalité et réussit à la contrôler par une réaction pratique adaptée (D F +).

La présence d'une réponse H, bien qu'incertaine, permet de penser que les relations avec la mère n'ont pas été frustrantes, tout au moins au début.

Planche maternelle, VII:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
(a) et immédiatement (c) (silence)		
1. "Une suite de grands étangs".	Db1 extérieurs entre le 1er et le 2ème tiers, entre le 2ème et le 3ème tiers.	Db1 F ± étangs

Choc au vide. Le sujet, troublé, se détourne de la situation (c).

1. Après un temps de réaction prolongé, il essaie de fuir le vide central qui l'a ébranlé. Mais, il n'est pas en mesure de maîtriser le malaise ressenti et ne peut donner qu'une réponse de forme indeterminée: "étangs"; c'est-à-dire, une masse d'eau sans forme precise et dont la profondeur ne peut être que soupçonnée. Qui plus est, l'adolescent voit ces étangs comme "de grands étangs", contenu à tonalité dysphorique.

2. "Et puis tout au bout, il y a un chemin qui monte".	Partie charnière blanche du 3ème tiers.	Dd B1 F ± pay.

Le sujet va alors essayer de contrôler son anxieté en adoptant une conduite d'évitement (Dd central) qui s'avère peu efficace (F ±).

3. "A une maison".(silence)(a) (secoue la tête, regarde la psychologue)	Partie grise médiane à la base du 3ème tiers.	Dd F – Arch. Malaise

Il va maintenir cette attitude qui, cette fois, échoue totalement: la forme est de mauvaise qualité (Dd F–). La reponse architecture traduit la tentative de surcompenser un sentiment d'inconsistance interieure. Son contenu: "Maison" est un symbole maternel qui traduit le besoin infantile de sécurité.

4. (b) (a) "D'étranges éléphants de chaque côté avec une gueule ouverte."	tête = 1er et 2ème tiers gueule = blanc entre 1er et 2ème tiers.	Db1D F – Ad

La dernière réponse laisse apparaître l'échec complet du contrôle de la réalité par la pensée (F –). Dès lors, le sujet va projeter son malaise intérieur et le réel deviendra "étrange".

Enfin, la dernière interprétation est une réponse à contenu oral, symbole de la mère dévorante. L'absente de l'image maternelle stabilisante pourrait engendrer des traits de régression au niveau oral, ce que confirmera l'analyse de l'ensemble du protocole.

Planche X:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
1. (a) (silence) "Il y a *des tas* de petits animaux *bizarres* partout".	L'ensemble, la couleur a joué. (bizarres?) "j'sais pas, me paraissent bizarres, une drôle d'impression".	G FC A

Le sujet est perturbé par la dispersion des taches à la planche X. Néanmoins, il parvient à appréhender la situation dans sa totalité; mais, les associations pénibles suscitées par la multiplicité des taches rendent dysphorique la perception de la situation qui, dès lors, lui apparaît "bizarre".

2. (silence) (c) (très long silence) "Une sorte de décoration dans la rue, des arbres et puis il y aurait des choses suspendues à des fils entre les arbres".	Tout le blanc entre le rose + rose + bleu méd. + vert arbres = rose + gris" vont en diminuant". décorations = vert médian, bleu médian, points bruns au milieu.	F.F.F. Db1 F + scène Or. +
(silence) (d) (a) (court silence) "Je crois que c'est tout".		

Il s'en détourne et parvient, grâce à l'intellectualisation, à se rendre maître de l'anxiété qui l'avait momentanément envahi. Cette reprise sthénique de bonne qualité peut, très certainement, s'expliquer par la qualité relative des relations avec la mère qui ne nous ont pas paru trop dépersonnalisées à l'origine (cf. planche I) et qui ont permis l'accès à un niveau de symbolisation élevé, I.E.S. = 1,59 (I.E.S. normal moyen = 1,24).

Le second exemple a été choisi comme illustration:

1) de la diversité de la gravité des troubles psychiques résultant de la perturbation des relations primaires avec la mère,
2) des rapports entre la qualité de la relation objectale et le niveau de symbolisation inconsciente.

Il s'agit du cas no 11 dont nous avons analysé l'imago paternelle page 106.

– cas no 11: adolescent toxicomane de 19 ans, haschisch et amphétamines principalement. I.E.S. = −1,25.

Planche VII:

Réponses	Enquête	Analyse formelle
1. (a), (silence) "Ça fait penser à des morceaux de bidoche humaine,	Saillies supérieures du 1er tiers.	Dd F ± Anat.
2. des doigts qui se promènent,	Saillies latérales du 2ème tiers "sont posés, là".	Dd F + Hd
3. des fesses,	Tiers inférieurs	D F − Hd
4. (silence) des bouts de nez".	Saillies latérales inférieures du 2ème tiers.	Dd F ± Hd

Analyse: choc au vide

1,2,3, et 4.: la perception de parties du corps détachées de ce dernier pourrait laisser supposer une tendance à la désintégration de la personnalité, à son morcellement.

5. (c), (long silence) "Ça, ça me fait penser à deux éléphants. On dirait . . .	1er et 2ème tiers	D F +A Ban tendance kan
mais. . . je ne sais pas ce qu'ils portent sur la tête, alors. . . "		Remarque incertitude

Le sujet se reprend et parvient à donner une réponse de forme précise, adaptée, qu'il dévalorise immédiatement.

6. "Ils ne sont pas d'accord, alors ils vont chacun de leur côté et le truc qu'ils ont sur la tête va tomber, alors c'est grave. *Ça pourrait être dangereux*, c'est pourquoi faut savoir ce qu'ils ont sur la tête (silence)".		Confabulation

La tendance à la dissociation est confirmée (kan à double sens), l'angoisse et la perplexité ressenties, exprimées.

7."Qu'est-ce que ça pourrait être? Une ville, une vieille ville avec des remparts, des petites ruelles tortueuses	3ème tiers	D F—Arch.
avec plein d'escaliers, ça monte. . . ça fait penser à Dubrovnik, tu connais Dubrovnik? " (silence)	Centre du 3ème tiers	Dd F—Arch. Recherche d'appui auprès de la psychologue.

Les réponses "architecture" expriment le sentiment d'inconsistance intérieure et le désir de protection (remparts).

8. "Alors, si les éléphants partent, la ville tombe".		

Enfin, la dernière phrase: "alors, si les éléphants partent, la ville tombe", résume l'évolution psychologique de ce sujet: si la mère est absente (éléphant = symbole maternel), la sécurité tombe et "alors, c'est grave... ça pourrait être dangereux", c'est le risque de morcellement de l'unité psychique.

b) Réponse préobjet:

— Sujet no 20, adolescent de 23 ans 6 mois, polytoxicomane, morphine par voie intraveineuse, forte consommation d'alcool. I.E.S.=+0,28.

Planche VII:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(a), (c), (silence)		
1. "Oh! ça, ça doit être une tête sans visage, une sorte de mort blanche".	L'ensemble "Si j'en rencontrais une comme ça dans la rue... Quelle peur! "	G Fclob C'Hd

Analyse structurale et dynamique

Choc au vide.

1. La kinesthésie humaine n'est pas perçue, l'image de la mère n'est pas intériorisée. L'absence de la permanence de l'objet d'amour (tête sans visage) est à l'origine de l'angoisse (Fclob) et des sentiments abandonniques (C') dont souffre le sujet.

Anamnèse:

Mère célibataire: deux enfants, une fille aînée et notre sujet X.

X. qui n'a jamais connu son père, poursuit actuellement des recherches pour le retrouver. La mère s'est mariée lorsque X. avait 3 ans et a eu de ce mariage un fils, le demi-frère de X. La mère décède à 39 ans (X. avait alors 9 ans), à la suite d'une prise trop importante de médicaments. X. est élevé par son beau-père, fugue de nombreuses fois. Est placé en institution, puis chez ses grands-parents maternels.

– Sujet no 3: Adolescente de 19 ans, amphétamines et hallucinogènes.
I.E.S. = + 0,55

Planche VII:

Réponses	**Enquête**	**Analyse formelle**
(c), (long silence) 1. "Deux petits éléphants".	1er tiers	D F + Ad ban.

Choc au vide.

L'absence de la kinesthésie féminine normale et les animaux vus à la place des femmes laissent supposer une perturbation des relations mère-enfant.

Après s'être détournée de la situation qui la troublait, l'adolescente parvient à la maîtriser en l'abordant par un aspect concret et en ayant recours à l'intellectualisation (D F +).

2. Un "visage sombre, juste le contour du visage, anonyme, d'un pays assez assez froid". (silence, manipulations)	L'ensemble Visage sombre = anonyme, parce qu'il est tout blanc, sans rien". Pays froid = "porte une toque" (3ème tiers)	Db1G Fclob C'Hd

L'image de la bonne mère n'a pas été intériorisée: la mère apparaît lointaine et froide. Des relations primaires dévitalisées n'ont certainement pas permis l'établissement d'une bonne relation objectale: celle-ci apparaît fugace et insuffisamment investie et le contour d'un visage anonyme exprime bien une expérience de douloureuse froideur (C').

3. "Une urne de temple grec, du temps des grecs, un peu cassée, un peu partout, vraiment! "	Blanc central	Db1 Fclob + Obj.

L'urne, symbole maternel, confirme l'image de la mère lointaine et peu sécurisante: elle est éloignée dans le temps ("du temps des grecs") et n'offre ni stabilité, ni protection ("elle est cassée, un peu partout").

Cependant, le sujet se montre toujours capable de contrôler par la pensée l'angoisse ressentie (Fclob à 2 et à 3).

4. "Une crique comme en Bretagne; il y a des criques comme ça avec des rochers qui représentent des formes bizarres, entassés un peu n'importe comment. On ne sait pas même comment ça tient".	L'ensemble	Db1G F ± Géo.

Le contrôle rationnel se relâche (F ±).

La crique exprime la recherche de protection auprès de l'élément maternel. Mais, les relations primaires avec la mère ont été trop dénuées de chaleur et d'affection (rochers) pour permettre la constitution du sentiment basal d'unité. La dernière phrase exprime le sentiment de la perte de l'équilibre: "On ne sait même pas comment ça tient".

Anamnèse:

Née dans la région de (à l'étranger). Elle est placée dès l'âge de 8 mois chez sa tante, dans un village. De 8 à 10 ans, elle est recueillie dans un orphelinat et retrouve ensuite la tante de 10 à 12 ans, âge auquel elle rejoint sa famille à Genève.

Compensation affective certaine reçue de la part de la tante, décrite comme une femme joyeuse et attentionnée; néanmoins, sentiment d'abandon du fait des absences de la tante retenue par sa vie professionnelle (femme de ménage), doublé d'un sentiment de rejet de la part du reste de la famille. Lors d'une séparation de 5 mois, à l'âge de 6 ans, où elle rejoint le grand-père maternel, veuf, elle fait la connaissance de ses parents, s'attachant étroitement à sa mère, découvrant un père violent, alcoolique et oisif, objet de la réprobation générale.

Activation des sentiments d'abandon lors du départ des parents et du retour chez la tante. Consolation à travers les poupées investies à la façon d'objet transitionnel à l'approche de la dépression. Vive agressivité mais refoulée à l'égard d'un père ressenti comme un être entièrement mauvais, pour lequel elle n'éprouve aucun sentiment et qu'elle rejette. Attachement angoissé à l'égard d'une mère faible, dépressive, anxieuse, de santé précaire, se présentant en victime, tyrannisant son entourage à travers la douleur physique et morale.

C. CONCLUSIONS

Notre troisième hypothèse de base supposait le rôle déterminant des relations parentales, surtout de la relation maternelle, dans l'organisation d'une personnalité toxicomaniaque.

Au terme de notre étude, l'étiologie psychogénétique de la toxicomanie ne nous paraît pas niable.

– *Chez les adolescents toxicomanes:*

Les relations aux figures parentales, à travers le test de Rorschach, apparaissent très perturbées, et notre recherche met en évidence une corrélation positive avec des traits de personnalité que les études théoriques et les observations cliniques s'accordent à reconnaître comme séquelles de carences affectives précoces.

1) Chez le jeune drogué, l'identification au père est difficile ou impossible, car

l'image paternelle apparaît très dévalorisée ou beaucoup trop menaçante.

D'une façon générale, les relations avec l'élément paternel sont empreintes d'angoisse et d'agressivité. C'est dire que la figure paternelle ne peut jouer un rôle correcteur face à une image maternelle elle-même source de conflits et de troubles.

2) En effet, le Rorschach des toxicomanes montre de profondes perturbations ou une rupture des rapports avec la mère dans leurs stades primitifs.

Les relations de ces sujets avec le premier objet d'amour ont été vécues comme des relations extrêmement frustrantes, très dépersonnalisées et l'image de la mère sécurisante, aimante et unifiante n'a pas été introjectée. Il y a très certainement une carence de l'investissement libidinal de ces mères vis-à-vis de leur enfant. Or, la première relation objectale est fondatrice de la personne et chez le toxicomane cette absence de la mère, réelle ou psychique, n'est pas sans retentir sur le bon développement psychologique de l'enfant, comme en témoignent les désorganisations structurales mises en évidence dans le Rorschach (pages 111-113). Certaines d'entre elles, anxiété diffuse anaclitique, identité sexuelle non acquise ou floue, mais surtout l'échec de la neutralisation des énergies pulsionnelles et l'angoisse de réjection maternelle deviendront de puissantes motivations à la toxicomanie.

3) D'autre part, notre recherche à également mis en évidence:

a) l'incapacité de symbolisation inconsciente et l'insuffisance d'élaboration fantasmatique du jeune drogué,
b) les altérations de base de la personnalité qui en résultaient et favorisaient l'installation d'une toxicomanie. (point II, page 90-93).

Or, cette pauvreté fantasmatique peut découler d'un rejet maternel ou de carences affectives sévères et précoces que nous trouvons toujours présents dans les protocoles Rorschach des toxicomanes. En ce sens, le rejet maternel, des carences massives et précoces pourraient aussi constituer une origine psychogénétique de la toxicomanie.

– *Chez les adolescents normaux:*

1) L'image paternelle apparaît lointaine ou absente, parfois trop puissante et les relations dépersonnalisées.

Ces résultats ne sont pas sans évoquer "La société sans père" de Mitscherlich, et rejoignent les thèses de certains psychanalystes (Stéphane, Mendel (80), Mitscherlich (81) selon lesquelles l'éparpillement de la vie familiale et sociale dans le temps et dans l'espace ne permet plus l'organisation de liens identificatoires.

Le père accaparé, surchargé de travail n'est plus identifié dans sa réalité physique et imagoïque. Cette absence de formation de l'image paternelle prive l'adolescent d'un mode particulier d'évitement de l'angoisse liée à la fusion avec l'image maternelle "mauvaise". Le père ne peut plus médiatiser ni neutraliser la relation angoissante entre l'enfant et sa mère, telle qu'elle est vécue dans ses fantasmes primitifs. (Mendel)

Dans ses "Quelques réflexions sur l'utilisation des drogues par les adolescents" (82), S. Lebovici souligne combien ces facteurs "socio-pathologiques" peuvent être

(80) La révolte contre le père. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1968.
(81) Vers une société sans pères. Paris: Gallimard, 1969.
(82) Information Psychiatrique, 1971, Vol. 47, no 7, 591-596.

déterminants lors des manifestations dépressives de l'adolescence. Si l'adolescent ne peut bénéficier de soutien culturel, il se tournera vers des groupes d'affiliation (qui ont toujours été le propre de l'adolescence), car ces groupes lui offriront un refuge et le moyen de lutter contre sa dépression. La consommation de drogues pourra devenir un moyen d'affiliation en même temps qu'un procédé de lutte anti-dépressive.

2) Quant aux relations maternelles primaires des adolescents normaux, elles apparaissent, à travers le test de Rorschach, très dévitalisées, très dépersonnalisées et s'accompagnent, comme chez les adolescents toxicomanes, d'une anxiété diffuse, flottante, d'une avidité affective et d'un besoin récurrent d'assurance, résidus de l'insatisfaction des besoins affectifs primaires.

Ici encore, nos résultats rejoignent les préoccupations de certains psychanalystes, du Dr. M. Soulé notamment, quant aux répercussions de l'évolution actuelle de la famille sur l'hygiène mentale des enfants.

Dans ses "Réflexions sur l'adolescent et l'usage des drogues" (83), M. Soulé insiste sur les modifications profondes provoquées dans la relation mère-enfant durant la première année de la vie, celle des identifications primaires, par l'accession des femmes au monde du travail. Actuellement, sous la pression du désir des mères de voir leur fille s'identifier à leur personnage social plutôt qu'à leur personnage maternel, les mères "thérapeutiques" tendent à se substituer aux mères "authentiques". D'où, durant les semaines qui suivent la naissance de l'enfant, le grand désarroi de ces jeunes mères, incapables de s'identifier aux besoins profonds de leur enfant. Or, nous savons depuis les remarquables travaux de Winnicott l'importance capitale du maniement du nourrisson, du "holding", c'est-à-dire la manière dont l'enfant est "tenu" dans les bras et du "maintien" d'un environnement de bonne qualité, conditions indispensables pour que l'enfant parvienne à construire sa propre unité.

C'est grâce à "la préoccupation maternelle primaire" que pourra s'instaurer cette "zone de l'illusion" où se constitueront les "phénomènes transitionnels" et les "objets transitionnels" qui permettront la distinction du Moi et du non-Moi, l'épreuve d'une réalité extérieure au sujet. Mais, si des frustrations affectives sévères surviennent à ce stade, c'est tout le développement de la vie fantasmatique et de la pensée, le maniement du symbole qui s'en trouveront perturbés.

D'après le Dr. M. Soulé, de nos jours la méconnaissance de ces besoins est totale. La valeur du maternage n'est plus suffisamment considérée ni par les mères, ni par les pédiatres qui, trop souvent et trop facilement, prescrivent "sirops calmants" et autres drogues qui contribuent à maintenir l'illusion au lieu d'insister sur les qualités du maternage dans l'endormissement de l'enfant. En outre, les activités professionnelles des mères les contraignent à se séparer de leur enfant soit pour la journée, soit pour des périodes plus ou moins longues. La répétition de ces placements et plus encore l'alternance avec des périodes de soins de moindre ou de mauvaise qualité sont d'une nocivité certaine et se retrouvent régulièrement dans l'anamnèse de ces sujets. Dans notre société contemporaine, les intérêts de l'enfant et des mères sont opposés. Le premier réclame des soins continus et vigilants, alors que les mères sont de plus en plus nombreuses à ressentir le besoin de diversifier leurs intérêts, c'est-à-dire à être hors du foyer durant cette première année si importante pour le développement de l'enfant. Ces besoins contradictoires sont trop

(83) L'information Psychiatrique, 1974, Vol. 50, no 7, 690-692.

lourds de conséquences pour ne pas être pris en considération. "Il faut, écrit M. Soulé, que la Société prenne conscience de cela et établisse des modes de garde qui puissent satisfaire la mère mais aussi les besoins profonds de l'enfant, sinon on verra de façon régulière s'établir cette discontinuité, ces ruptures qui sont préjudiciables. C'est peut-être là un élément de prévention secondaire qui serait particulièrement judicieux sinon nous risquons de voir des générations d'adolescents qui seront perturbés et mal adaptés en raison de ce qu'ils ont vécu pendant les tout premiers mois dans la période où se constituent les identifications primaires".

La mise en évidence dans notre recherche d'une imago paternelle absente ou lointaine, de relations maternelles primaires dévitalisées, dépersonnalisées pour la majorité des adolescents normaux examinés et leurs conséquences structurales d'une part, du lien existant entre l'insuffisance d'élaboration fantasmatique, la pauvreté de symbolisation inconsciente et l'usage de drogues d'autre part, confirment donc ces situations à hauts risques que dénonce M. Soulé et pour lesquelles il réclame, à juste titre, une prévention psychologique. Faute de quoi, et nous ne pensons pas sombrer dans le pessimisme, il est à craindre que les plus fragiles de ces jeunes, en dehors de toute psychopathologie particulière, les plus socialement exposés ne recherchent dans la drogue un refuge illusoire durant ce virage existentiel difficile qu'est l'adolescence.

– *Chez les adolescents de consultation "tout-venant":*

1) L'analyse de la planche IV montre, comme chez les toxicomanes, une figure paternelle trop puissante, menaçante même. Mais, le trouble spécifique des adolescents de ce groupe est, sans conteste, une forte angoisse de castration.

2) Des altérations très précoces de la relation maternelle existent également chez ces sujets. Cependant, ces frustrations n'atteignent pas le degré de gravité présenté par les jeunes drogués et surtout n'engendrent pas les désorganisations structurales relevées chez les toxicomanes (Indices d'Elaboration Symbolique normaux, absence de choc au morcellement, de choc au vide et de choc couleur conjugués, de réponses préobjet, de C' ou E purs, de EF% de texture et de diffusion élevés).

Ces résultats soulèvent deux questions et introduisent la nécessité de nuancer l'importance de la psychogénèse dans la toxicomanie.

1) Pourquoi des sujets souffrant de sentiments d'insécurité, d'angoisse flottante dûs à l'insatisfaction des besoins affectifs primaires ont pu, néanmoins, introjecter l'image maternelle, établir des relations d'objets normatifs et se construire normalement?

2) Pourquoi des adolescents issus d'un milieu familial semblable à celui des jeunes drogués: nombre à peu près équivalent de foyers dissociés, pathogènes, de placements institutionnels (voir annexe, page 126), présentant également une certaine fragilité psychique, une immaturité affective, un Moi faible, n'ont pas eu recours à la toxicomanie comme mécanisme d'ajustement?

Autrement dit, la relation parentale, et plus particulièrement la carence affective maternelle précoce, n'expliquent pas à elles seules les structures dont elles favorisent le développement. La relation maternelle ne peut être considérée comme l'unique facteur étiologique de la toxicomanie. Il n'est donc pas interdit de penser qu'à côté des carences affectives précoces, dont la pesée ne saurait être sous-estimée, interviennent des éléments constitutionnels.

Dans son étude de l'étiologie de la psychopathie et sur la base de sérieuses données anamnésiques concernant 31 sujets de son groupe, Cassiers aboutit aussi à cette

constatation. Parmi ces 31 sujets, Cassiers remarque que certains d'entre eux ne présentent aucune altération décelable, constitutionnelle ou psychogénétique; au contraire, d'autres ont une héridité chargée ou présentent des traces de lésion cérébrale ou des altérations électro-encéphalographiques. Enfin, chez certains on constate également une frustration maternelle précoce très nette. Malgré cette diversité d'étiologies possibles, ces patients possèdent en commun un Indice d'Elaboration Symbolique faible, c'est-à-dire une pauvreté fantasmatique. Pour Cassiers, "la possibilité d'investir les symboles inconscients de leur charge pulsionnelle repose apparemment sur certains mécanismes cérébraux précis", dont la localisation et les modalités de fonctionnement échappent encore à notre connaissance.

Quant à nous, dans cette tentative de mieux cerner l'étiopathogénie de la toxicomanie, il nous semble nécessaire de reporter notre attention sur l'autre pôle de la relation objectale, à savoir le sujet. Car, s'il est incontestable que des carences affectives précoces soient à l'origine d'une organisation défectueuse de la personnalité, il ne suffit pas de se centrer exclusivement sur ce qui a été donné ou refusé au sujet. Nous devons également prendre en considération sa capacité de recevoir, de donner, l'intensité de sa demande. Comme le relève très justement Ajuriaguerra, "il existe, en fait, des carences non par manque d'apport mais (comme certaines avitaminoses) par incapacité d'assimilation". (84, page 931). Et il faut aussi se rappeler que, quelle que soit la qualité de la relation objectale, frustrations et ruptures sont inévitables (et nécessaires). L'observation clinique et le matériel thérapeutique que nous avons eu l'occasion de recueillir auprès de jeunes drogués sembleraient montrer qu'il existe chez ces sujets une avidité affective captative jamais ou difficilement assouvie. Enfin, notons encore que Freud lui-même parle de "l'intensité constitutionnelle de l'oralité" (85).

Quelle est la part respective de ces deux facteurs, constitutionnel et psychogène, dans la toxicomanie? Il est difficile, pour ne pas dire aventureux, de se prononcer sur ce point. Il nous semble, cependant, qu'une étude comparative avec des abandonniques et des psychopathes, non toxicomanes, serait susceptible d'apporter d'intéressantes informations sur cette question.

En conclusion, l'étude des imagos parentales confirme donc l'utilisation de la drogue comme moyen de survie. La toxicomanie est le fait de sujets qui en raison d'un soubassement carentiel (abandon réel ou vécu d'abandonnisme) ont développé certains segments de personnalité qui vont s'ajouter ou se greffer sur des éléments constitutionnels pour contribuer au développement d'une toxicomanie.

(84) Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson et Cie, Paris 1970, Chap. XXV, 913-983.

(85) Malaise dans la civilisation, PUF, 1971.

CONCLUSIONS GENERALES

Dans les deux premières parties de ce travail, nous avons, sur la base d'une large revue de littérature, tenté d'exposer quelques modèles explicatifs de la toxicomanie juvénile et procédé à une revue critique de recherches récentes consacrées à l'étude de la personnalité du jeune drogué, recherches menées à partir de matériel recueilli au cours d'entretiens et de thérapies ou effectuées au moyen de divers tests: Rosenzweig, échelle d'anxiété de Cattell et surtout M.M.P.I.

Dans une troisième partie, nous avons présenté et discuté un essai de contribution expérimentale à l'étude de la structure psychologique de l'adolescent toxicomane à l'aide du test de Rorschach. Rappelons, une fois encore, que notre recherche a porté sur un groupe composé en majorité de polytoxicomanes graves, c'est-à-dire de sujets qui recherchent dans la consommation abusive de drogues une solution à leurs problèmes personnels. Leur toxicomanie ne saurait être assimilée à l'usage de drogue, à caractère socio-culturel, de l'adolescent fumeur occasionnel, de l'adolescent contestataire ou de l'usager, également occasionnel, de haschich et d'hallucinogènes, désireux de stimuler sa créativité, d'accéder à "un élargissement du champ de la conscience". Les motivations des adolescents de notre groupe d'étude entrent dans la catégorie "drogue-maladie".

I. – L'analyse formelle et dynamique des protocoles Rorschach produits par 22 adolescents toxicomanes et comparés à ceux donnés par 20 adolescents normaux et 22 adolescents d'une consultation "tout-venant" a permis le dégagement d'une structure psychologique, non pas spécifique au jeune drogué, mais nettement caractérisée par une mosaïque de traits de personnalité qui recouvre l'état-limite.

II.– L'étude du niveau de symbolisation a mis en évidence la prépondérance des processus primaires de pensée chez le jeune drogué et, par-là, confirme et affirme la similitude entre la spécificité structurale du toxicomane et celle de l'état-limite.

L'étude de la fantasmatisation a permis également de mieux cerner certaines motivations profondes à l'usage abusif de drogues en montrant que l'insuffisance d'élaboration symbolique et la pauvreté de symbolisation inconsciente qui caractérisent l'adolescent toxicomane sont à l'origine de certaines altérations des structures de base pouvant favoriser le développement d'un noyau toxicomaniaque de la personnalité.

III. Enfin, notre recherche a confirmé la thèse de l'étiologie psychogénétique de la toxicomanie, tout en introduisant la nécessité de la nuancer en mettant en évidence l'intervention, à des degrés divers, certes, de facteurs socio-culturels.

Si l'étude de la personnalité de l'adolescent toxicomane à travers le test de Rorschach a permis le dégagement de ces quelques résultats, nous ne saurions, cependant, mettre le point final à ce travail sans citer Marguerite Loosli-Usteri qui, avec beaucoup d'honnêteté et de finesse, remarque dans son Manuel Pratique du Rorschach qu' "il est . . . pratiquement impossible qu'un seul interprète épuise toutes les possibilités d'un résultat". Aussi, le regard critique que nous portons sur notre recherche fait que nous souhaiterions la voir être approfondie et élargie par d'autres psychologues rorschachiens, tant sur la base des résultats déjà acquis que sur certaines données dégagées mais non exploitées parce que ne faisant pas l'objet de ce travail: en particulier sur les relations qui nous paraissent exister entre le niveau de l'Indice d'Elaboration Symbolique et la gravité de la toxicomanie.

L'apport du test de Rorschach dans l'étude du niveau de symbolisation est extrêmement précieux, car il nous donne une mesure précise, chiffrée d'un aspect impor-

tant de la personnalité que le simple examen clinique peut difficilement appréhender.

L'étude de la structure psychologique de l'adolescent toxicomane semblerait montrer que l'Indice d'Elaboration Symbolique pourrait avoir une certaine valeur de pronostic quant aux risques "d'escalade".

Ainsi, il est intéressant de constater que parmi les 12 toxicomanes présentant un I.E.S. inférieur à + 0,5, nous trouvons, 8 usagers de drogues dures et 4 usagers de drogues douces; notre groupe expérimental étant composé, rappelons-le, de 11 consommateurs de drogues fortes et de 11 usagers de drogues douces. Sur les 4 adeptes de drogues douces présentant un I.E.S. bas, 2 sont "passés" aux drogues dures. Tout en tenant compte de la faiblesse de nos effectifs, il ne nous semble pas interdit de penser que les risques d'escalade sont plus grands pour les sujets ayant un I.E.S. égal ou inférieur à + 0,5. Notons encore parmi notre expérience, un protocole d'adolescent normal qui avait retenu notre attention par la présence d'une réponse proche à la planche VII, planche maternelle, un Indice d'Elaboration Symbolique égal à 0,11, la fréquence des interprétations "quelque chose de bizarre", "un animal étrange" qui émaillent toujours les protocoles Rorschach des toxicomanes. Trois ans se sont écoulés depuis la passation du test. Récemment, le psychologue du lycée nous a fait savoir que cet adolescent, signalé pour ses mauvais résultats scolaires et son absentéisme, "fumait régulièrement du haschisch depuis 4 mois". Dans une perspective de prévention, il nous semblerait judicieux de vérifier par des études catamnestiques cette hypothèse de la valeur pronostique de l'I.E.S. même si elle n'est basée que sur quelques cas car, ici encore, nous considérons notre travail comme point de départ d'autres recherches.

Comme on le voit, si notre travail aboutit à quelques résultats sûrement acquis, il soulève aussi certaines questions. Ce dont nous nous réjouissons: ces questions sont, pour nous, ouvertures vers d'autres travaux autant qu'étapes nécessaires à la connaissance du problème que nous voulions étudier, nous rappelant, et ce sera notre conclusion, la recommandation de Freud sur "la patience" que requiert toute recherche "Seuls les croyants qui demandent à la science de leur remplacer le catéchisme auquel ils ont renoncé, verront d'un mauvais oeil qu'un savant poursuive et développe ou même qu'il modifie ses idées. C'est à un poète que nous nous adressons pour trouver une consolation de la lenteur avec laquelle s'accomplissent les progrès de notre connaissance scientifique:

"Was man nicht erfliegen kann, muss man erhinken.

. . . . . .

Die Schrift sagt, es ist keine Sünde zu hinken".

Rückert, Makamen des Hariri.

Ce à quoi on ne peut atteindre en volant, il y faut y atteindre en boitant . . . Il est dit dans l'Ecriture que boiter n'est pas un péché". (86)

(86) Dualisme des instincts, Instincts de vie et instincts de mort, in: Essais de Psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1965, p. 81.

Etude des milieux familiaux des adolescents toxicomanes et de consultation tout-venant

MILIEU FAMILIAL	Toxicomanes N = 22	Consultation N=22
– *Foyers pathogènes:* *(éthylisme, prostitution, relations incestueuses, etc...)*	*1*	*4*
– *Foyers dissociés:* *(divorce, séparation)*	*5*	*3*
– *Placement institutionnel dès la petite enfance:*		
. . . Mère célibataire	*2*	*3*
. . . Mère décédée	*2*	*2*
. . . Divorce	*2*	*2*
. . . Rejet maternel	*3*	*0*
– *Mésentente, conflit avec les parents:*	*3*	*4*
– *Foyers "normaux":*	*4*	*4*
TOTAL	*22*	*22*

BIBLIOGRAPHIE

1. Bibliographie se rapportant à la toxicomanie

Arsenault, P. Caractéristiques de la personnalité des usagers de drogues. Toxicomanies, Québec, 1971, Vol. IV, 4, 409-432.

Bell, D.S.; Trethowan, W.H. Amphétamine addiction. J. Nerv. Ment. Diseases, 1961, 133, 489-496.

Bensoussan, P. Qui sont les drogués? Paris: Robert Laffont, 1974.

Bernheim, J. Notes cliniques sur les jeunes et les drogues. Ed. Méd. et Hyg., 1970,41-43.

Bourassa, M. L'anxiété dans les effets indésirables de la marijuana. Toxicomanies, Québec, 1972, Vol. V, 3, 293-305.

Bourdeau, A.; Chaloult, L.; Huot, J.; Leblanc, J.; Marquis, P.A.; Bernard, J. M. Toxicomanies autres que l'alcoolisme. Enc. Médicochirurgicale, Psychiatrie, Paris 1972: 37396A[10].

Braconnier, A.; Olievenstein, C. Les tentatives de suicide chez les toxicomanes actuels. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1974, 22 (10-11), 677-693.

Carrère, J. Société et appétence toxicomaniaque. Annales Médico-psychologiques, 1970, 2, 85-92.

Cocteau, J. Opium: Journal d'une désintoxication. Paris: Stock, 1930.

Cohen, H. Principal conclusions from the report: psychology, social psychology and sociology of illicit drug abuse. British Journal of Addiction, London 1970, 39-44.

Cohen, C.; White, E.; Schoolar, J. Interpersonal patterns of personality for drugs abusing patients and their therapeutic implications. Arch. Gen. Psychiatr.,April 1971, Vol. 24; 353-358.

Cordeiro, J.C. Une nouvelle perspective dans le traitement des toxicomanes, la relaxation. Annales Médico-psychologiques, Paris, T.I, 130ème année, 1, 11-17.

Cormier, D. Certains concomitants de la personnalité et de l'absorption de drogues psychédéliques et illusogènes: exposé d'un projet de recherches. Toxicomanies, Québec, Juil. sept. 1971, vol. IV, 3, 243-254.

Cormier, D. L'acceptation de soi et la consommation de drogues fortes. Toxicomanies, Québec, avril-juin 1973, vol. VI, 2,111-133.

Cormier, D.; Bourassa, M.; Paquin, D. Caractéristiques de la personnalité de l'usager de drogues bégnines: comparaison interculturelle. Toxicomanies, Québec, sept. 1973, vol. VI, 3, 267-285.

Cormier, D.; Landreville, C. Influence de l'anxiété sur l'usager de drogues fortes. Toxicomanies, Québec, juil.sept. 1973, vol. VI, 3, 245-259.

Cormier, D.; Bourassa, M.; Landreville, C. La tolérance à la frustration et le recours à la marijuana. Toxicomanies, Québec, oct.déc. 1973, vol. VI, 4, 371-383.

Defer, B. Des drogues, des adolescents et des sociétés. Information Psychiatrique, sept. 1971, vol. 47, 7, 569-588.

Defer, B.; Diehl, M.L. Les psychoses cannabiques aigües (à propos de 560 observations).

Annales Médico-psychologiques, t. 2, no 2, 260-266.
Déglon, J.J. Epidémiologie et prévention médico-sociale. Ed. Méd. et Hyg., Genève, 1972, 23-27.
Déglon, J.J. Usage et désirs de drogues. Genève: Ed. Méd. et Hyg., 1974.
Delteil, P. La personnalité des toxicomanes et leur traitement. Annales Médico-psychologiques, 1970, T.2, no 1, 107-111.
Delteil, P. Etude psychanalytique des toxicomanes. Information Psychiatrique, sept. 1971, vol. 47, no 7, 619-624.
Deniker, P.; Loo, H.; Colonna, L.; Cottereau, M.J. Les agents psychotropes utilisés dans les toxicomanies actuelles en France. Leurs effets et leurs risques. Toxicomanies, Québec, avril-juin 1973, vol. VI, no 2, 137-148.
Diatkine, R. L'adolescent et l'usage des drogues, point de vue psychologique. L'information Psychiatrique, sept. 1974, vol. 50, no 7, 687-688.
Durand-Dassier, J. Psychothérapies sans psychothérapeute. Paris: Editions de l'Epi, 1970.
Feldmann, H. Identity in drug takers, International child welfare review, June 1971, 10, 19-27.
Fort, J.J. Heroin addiction among young men. Psychiatry, 1954, 17, 251-259.
Friedman, Richard C.; Friedman, Judith G.; Ramirez, T. The heroin overdose as method of attempted suicide. British Journal Addict, 1973, vol. 68, 137-143.
Glass, Georges S. Psychedelic drugs, stress and the ego. The journal of Nervous and Mental disease, 1973, vol. 156, no 4, 232-241.
Gordon, C. Les drogues et le comportement humain. Paris: Payot, 1972.
Gorceix, A.; Zimbacca, N.; Fournier, E.; Piva, C. Contribution médicopsychologique à la compréhension des jeunes toxicomanes. Annales Médico-psychologiques, 1970, T.II, 126-135.
Hekimian, L.; Gershon, S. Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. Journal of the American Medical Association. July 15, 1968, vol. 205, no 3, 75-80?
Hendin, H. College students and LSD: who and why? The Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, vol. 156, no 4, 249-258.
Hendin, H. Marijuana abuse among college students. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, vol. 156, no 4, 259-271.
Hill, H.E.; Haertzen, C.A.; Glaser, R. Personality characteristics of narcotic addicts as indicated by MMPI. The Journal of General Psychology, 1960, 62, 127-139.
Hill, H.E.; Haertzen, C.A.; Davis, H. An MMPI factor analytic study of alcoholics, narcotic addicts and criminals. Quart. J. Stud. Alcohol, 1962, 23: 411-431.
Hill, H.E. The social deviant and initial addiction to narcotics and alcohol. Quart. J. Stud;. Alcohol, 1962, 23: 562-582.
Keller, J.; Redfering, D.L.; Ed, D. Comparaison between the personalities of LSD users and non users as mesured by the MMPI. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, vol. 156, no 4, 271-277.
Kleckner, J.H. Personality differences between psychedelic drugs users and non users. Psychology, 1968, 5, 66-71.
Lalonde, P. La personnalité psychédélique. Toxicomanies, Québec, oct. déc. 1973, vol. VI, no 4, 343-357.
Lebovici, S. Quelques réflexions sur l'utilisation des drogues par les adolescents. Information Psychiatrique, 1971, 47, 591-596.

Le Dain. Commission d'enquête sur l'usage de drogues à des fins non medicales. Rapport préliminaire. Paris: Imprimerie de la Reine, 1970.
Lewin, L. Phantastica. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1970.
Lombardi, D.N.; O'Brien, B.J.; Isele, F.W. Differential responses of addicts on the MMPI. Journal of projectives techniques and personality assessment, 1968, 32, 479-482.
McAree, C.P. & coll. Personality factors in college drug users. Int. J. Social Psychiatry, 1969, 15, no 2, 102-106.
McGlothin, W.; Cohen, S.; McGlothin, M. Long lasting effects of LSD on normals. Arch. Gen. Psychiat., nov. 1967, vol. 17, 521-532.
Mason, P. Mortality among young narcotic addicts. Journal of the Mount Sinaï Hospital, New York, 1967, vol. 34, 4-10.
Matefy, R.E. Behavior therapy to extinguis the spontaneous recurrences of LSD effects: a case study. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, vol. 156, no 4, 226-231.
Mélançon, A. L'anxiété chez le jeune adepte de la drogue. Toxicomanies, Québec, avril-juin 1972, vol. V, no 2, 199-218.
Milkman, H.; Frosch W.A. On the preferential abuse of heroin and amphetamine. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1973, vol. 156, no 4, 242-248.
Naiman, J. Les toxicomanies: considérations psychanalytiques. Toxicomanies, Québec, sept. déc. 1970, vol. III, no 3, 305-314.
Olievenstein, C. La drogue. Paris: Editions Universitaires, 1970.
Olievenstein, C. Ecrits sur la toxicomanie. Paris: Editions Universitaires, 1973.
Olievenstein, C. Il n'y a pas de drogués heureux. Paris: Robert Laffont, 1977.
Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Rapports techniques no 437, 460.
Pélicier, Y.; Thuillier, G. La drogue. Paris: Coll. Que sais-je? P.U.F, 1972.
Pittel, S.M. Psychological aspects of heroin and other drug dependence. Journal of psychedelic drugs, 1971, 4, no 1, 40-45.
Porot, A. et M. Les toxicomanies. Paris: Coll. Que sais-je? P.U.F., 1971.
Revici, E. Etude physiopathologique de la toxicomanie. Toxicomanies, Québec, sept. 1973, vol. VI, no 3, 234-244.
Reymond, J.M.; Olievenstein, C.; Braconnier, A. A propos de l'expérience du Centre Marmottan, Centre d'accueil et de soins pour toxicomanes. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1974, 22 (10-11), 707-711.
Robbins, E.; Robbins, L.; Frosch, W.; Stern, M. College student use. American J. Psychiatry, June 1970, 126: 12, 1743-51.
Rosenberg, C.M. Young drug addicts: background and personality. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1969, vol. 148, no 1, 65-73.
Rosenberg, C.M. The young addict and his family. British J. Psychiatry, 1971, 118: 469-470.
Rubenstein, R. Etude approfondie d'adolescents hospitalisés fortement perturbés et ayant fait un usage intensif de drogues. Toxicomanies, Québec, sept. 1972, vol. V, no 4, 263-267.
Savitt, R.A. Psychoanalytic studies on addiction: ego structure in narcotic addiction. Psychoanalytic Q., 1963, 32,43-57.
Scher, J. Patterns and profiles of addiction and drug abuse. Arch. Gen. Psychiatry, Nov. 1966, vol. 15, 539-551.
Smart, R.G.; Jones, D. Illicit LSD users: their personality characteristics and psychopathology. J. Abnormal Psychol., 1970, vol. 75, no 3, 286-292.
Smart, R.G.; Fejer, D. Illicit LSD users: their social backgrounds, drug use and psychopathology. Journal Health Soc. Behav., 1969, 10, 294-304.

Solms, H. La drogue et les jeunes. Revue internationale de l'enfant, 1968, Vol. XXXII, 33-39.
Solms, H. La nostalgie des mondes de l'imaginaire: aspects psychologiques et sociologiques des tendances toxicophiles.
Toxicomanies, Québec, 1970, vol. 3, no 3, 317-327.
Solms, H,; Feldmann, H.; Burner, M. Jeunesse, drogue, société en Suisse. Lausanne: Editions Payot, 1972.
Soulé, M. L'adolescent et l'usage des drogues. L'Information Psychiatrique, 1974, vol. 50, no 7, 690-692.
Stévenin, L. Les toxicomanies juvéniles, Revue française de Psychanalyse, 1967, vol. XXXI-2, 73-87.
Torda, C. LSD users: character structure and psychodynamic processess, New-York State, J. Med., July 1969, no 16, 2243-2247.
Vaillant, G.E. A 12-year follow-up of New-York narcotic addicts. Arch. Gener. Psychiat., dec. 1966, vol. 15, 599-609.
Vengos, P. Phénoménologie dynamique d'un groupe de polytoxicomanes graves. Thèse, Genève, 1972.
Whitehead, P. Observations relatives aux foyers désunis et à l'usage déviant de drogues. Toxicomanies, Québec, juin 1971, vol. IX, no 2, 199-203.
Wieder, H.; Kaplan, E. Drug use in adolescents. Psychoanalytic Study of Child, 1969, 24, 399-431.
Wikler, A.; Rasor, R. Psychiatric aspects of drug addiction. American Journal of Medecine, 1953, vol. 14, 566-570.
Zimmering, P.; Toolan, J.; Safrin, R.; Wortis, B. Heroin addiction in adolescent boys. Journal of Nervous and Mental Disease, 1951, 114, 19-34.

2. Bibliographie se rapportant au test de Rorschach

Anderson, E. The elusive homosexual: a reply to Stone and Schneider. Journal of Personality Assessment, 1975, vol. 39, no 6, 580-582.
Anzieu, D. Les méthodes projectives, Paris: P.U.F., 1970.
Ames, L.; Metraux, R.W.; Walker, R. Adolescent Rorschach responses. New York: Hoeber, 1959..
Baer, A. Le test de Rorschach interprété du point de vue psychnalytique. Revue française de Psychanalyse, 1950, 4, 455-503.
Beck, S. Le test de Rorschach, 2 vol., Paris: P.U.F., 1967.
Beizmann, C. Livret de cotation des formes dans le Rorschach. Paris: Ed. du Centre de Psychologie Appliquée, 1966.
Beizmann, C. Considérations sur différentes modalités d'appréhension des réponses intermaculaires. Bullètin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, déc. 1967, no 21, 22-35.
Beizmann, C. Le Rorschach chez l'enfant de 3 à 10 ans. Paris: Delachaux & Niestlé, 1961.
Bochner, R.; Halpern, F. L'application clinique du test de Rorschach. Paris: P.U.F., 1948.
Bohm, E. Traité du psychodiagnostic de Rorschach, 2 vol. Paris: P.U.F., 1955.
Bonnafous, M. Les espaces blancs étudiés comme révélateurs d'anomalies sexuelles dans les Rorschach d'étudiants. Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, déc. 1967, no 21, 43-49.
Boulanger, M.; Timsit, M. Etude comparée de la personnalité de céphaliques et de lombalgiques à l'aide du test de Rorschach. Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, oct. 1974, no 28, 17-30.

Bouras, A. Contribution à l'étude du Rorschach chez les enfants obsessionnels. Psychologie française, 1973, tome 18, no 4, 235-249.
Cassiers, L. Le psychopathe délinquant. Etude expérimentale à travers le Rorschach. Bruxelles: Dessart, 1958.
Chapman, A.H.; Usph, R. & Reese, D.G. Homosexual signs in Rorschach of early schizophrenics. Journal of clinical psychology, 1953, 9, 30-32.
Davids, A. Rorschach and T.A.T. indices of homosexuality in overt homosexuals, neurotics, and normal males. The Journal of Abnormal and Social Psychology, July 1956, vol. 53, no 1, 161-172.
Delay, J.; Pichot, P.; Lempérière, T.; Perse, J. Le test de Rorschach et la personnalité épileptique. Paris: P.U.F., 1955.
Donnay-Richelle, J.; Timsit, M. Approche de la personnalité des psychiatres et des psychologues, et motivations de leur choix vocationnel. Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, oct. 1974, no 28, 7-15.
Due, F.; Wright, M. The use of content analysis in Rorschach interpretations: differential characteristics of male homosexuals.
J. Abnorm. Social Psychology, 1956, 53, 161-172.
Duran, P.; Pechoux, R.; Escafit, M.; Davidou, P. Le contenu des réponses dans le test de Rorschach chez les schizophrènes.
Ann. Méd. Psychol., juil. 1949, 198-200.
Farberow, N. Use of the Rorschach in predicting and understanding suicide. Journal of Personality Assessment, oct. 1974, vol. 38, no 5, 411-419.
Grauer, D. Homosexuality in paranoid schizophrenia as revealed by the Rorschach test. Journal of Consulting Psychology, 1954, vol. 18, no 6, 459-462.
Holt, R. Measuring libidinal and agressive motives and their controls by means of the Rorschach test. In D. Levine (Ed.), Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 1966.
Hooker, E. Male homosexuality in the Rorschach. Journal of Projective Techniques, March 1958, vol. 22, no 1, 33-54.
Kates, S.L. Stress, anxiety and response complexity on the Rorschach test, Journal of Projective Techniques, March 1958, vol. 22, no 1, 64-69.
Kohler, C. Les états dépressifs chez l'enfant. A propos de 17 observations: Intérêt du test de Rorschach. Bruxelles: Dessart, 1970.
Kouloumdjian, M.F. Le thème explosif dans le Rorschach d'adolescents en difficulté. Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, Sept. 1972, no 26, 55-66.
Loosli-Usteri, M. Manuel pratique du test du Rorschach. Paris: Hermann, 1958.
Marsh, L.F. Parental attitudes as the basis for attributing meaning to Rorschach cards IV and VII. Journal Projective Techniques, March 1961, vol. 25, no 1.
Minkowska, F. Le Rorschach. A la recherche du monde des formes. Paris: Desclées de Brouwer, 1956.
Morali-Daninos A.; Canivet, N.; Cerf, F. Relation mère-enfant et Rorschach. Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, avril 1962, no 13-14, 33-44.
Mucchielli, R. La dynamique du Rorschach. Paris: P.U.F., 1968.
Monod, M. Le symbolisme des planches et leur succession dans l'interpretation du Rorschach. Bull. Psychol., 1963, XVII, 225/2-7: 155-157.
Nelson, M.O.; Wolfson, W.; Locascio, R. Sexual identification in responses to Rorschach card III. Journal of Projective Techniques, 1953, 23, 354-356.
Orr, M. Le test de Rorschach et l'imago maternelle. Monographie du Bulletin du Groupement français du Rorschach, Paris, 1974.

Palem, M. Le Rorschach des schizophrènes. Paris: Editions Universitaires, 1969.
Perron, R.; Rausch de Traubenberg, N.; Chabert, C. Les images parentales. Niveaux d'élaboration et niveaux d'expression dans diverses méthodes projectives. Psychologie française, 1973, tome 18, no 4, 175-194.
Rausch de Traubenberg, N. Rorschach d'adolescents schizophrènes et pré-schizophrènes. Bull. gr. fr. Rorschach, juin 1957, no 9, 47-52.
Rausch de Traubenberg, N. La pratique du Rorschach. Paris: P.U.F., 1970.
Rausch de Traubenberg, N.; Lambert, M.F. Thématique et contenus: discussion sur les productions projectives d'enfants "pré-psychotiques". Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projective, déc. 1972, no 27, 15-22.
Reitzell, J.M. A comparative study oh hysterics, homosexuals and alcoholics using content analysis of Rorschach responses. Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques, 1949, vol. XIII, no 2, 127-141.
Richards, T.W. Personal signifiance of Rorschach figures. Journal of Projective Techniques, 1958, vol. 22, no 1, 97-101.
Rorschach, H. Psychodiagnostic. Paris: P.U.F, 1962.
Salomon, F. Fixation, régression et homosexualité dans les tests de type Rorschach, Revue française de Psychanalyse, 2959, 2, 235-282.
Saretsky, T. Effects of chlorpromazine on primary process though manifestations. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1966, no 4, 247-252.
Schafer, R. Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing: theory and applications. New York: Grune & Stratton, 1954.
Silverman, L.H.; Lapkin, B.; Rosenbaum, I.S. Manifestations of primary process thinking in schizophrenia. J.Amer. Psychoan. Ass., 1967,117-127.
Stone, N.M.; Schneider, R.E. Concurrent validity of the Wheeler signs of homosexuality in the Rorschach: P (Ci/Rj). Journal of Personality Assessment, 1975, 39, 6, 573-579.
Timsit, M. Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites. Bull. Psychol., 1974, XXVIII, 314/1–6: 19-37.
Timsit, M. Test de Rorschach et mécanismes de défense dans la névrose phobique, les états-limites et les céphalées. Bulletin de la Société française du Rorschach et des Méthodes projectives, juil. 1976, no 29-30, 23-32.
Timsit, M. Contribution à l'étude de la structure Border-line: Rorschach d'étudiants en architecture. Acta psychiat. belg., 1976, 76, 385-414.
Tochefort, G. La transformation pubertaire vue à travers le test de Rorschach. Bull. Gr. fr. Rorschach, juin 1958,41 - 49.
Violet-Conil, M. Un type clinique dans le Rorschach: l'abandonnique. Bull. G.Gr. fr. Rorschach, janvier 1963, no 3, 23 - 31.
Wheeler, W.M. An analysis of Rorschach indices of male homosexuality. Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques, 1949, vol. XIII, no 2, 97-126.
Zimet C.N.; Fine, H. Primary and secondary process thinking in two types of schizophrenia. Journal of Projective Techniques, 1965, vol. 29, no 1, 93-99.

3. Bibliographie se rapportant à l'étude de la personnalité.

Ajuriaguerra, J. Psychopathologie des pulsions agressives, in Masson & Cie (Ed.), Manuel de Psychiatrie de l'Enfant, chap. XIII, 445-489, Paris, 1970.
Bénassy, M.; Diatkine, R. Ontogenèse du fantasme. Revue française de psychanalyse, 1964, tome 28, no 4, 539-565.
Benedek, T. Parenthood as a developement phase: a contribution to the libido theory. The Journal of the American Psychoanalytic Association July 1959.

VII, 389-417.
Bergeret, J. La dépression et les états-limites. Paris: Payot, 1975.
Blos, P. Les adolescents. Essai de Psychanalyse, Paris: Stock, 1972.
Bouvet, M.; Viderman, S. La relation d'objet in P.U.F. (Ed.), La théorie psychanalytique, Paris, 1969.
Burlingham, D.; Freud, A. Enfants sans famille. Paris; Nouvelle Encyclopédie Pédagogique,
Daymas-Lugassy, S. La psychiatrie des adolescents d'aujourd'hui. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1974, 22 (10-11), 613-630.
Delforge, J.; Hayez, J.Y.; Vaneck, L. Approche clinique des personnalités prégénitales chez l'enfant et l'adolescent. La Psychiatrie de l'Enfant, 1972,XV/2, 399-459.
Deutsch, H. Problèmes de l'adolescence. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1967.
Diatkine, R.; Simon, J. La psychanalyse précoce. Paris: P.U.F., 1972.
Duché, J. Les tentatives de suicide de l'adolescent. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1974, 22 (10-11), 639-656.
Erickson, E.H. Adolescence et crise. La quête de l'identité. Paris: Flammarion, 1972.
Freud, A. Le moi et les mécanismes de défense. Paris: P.U.F., 1967.
Freud, A. Le normal et le pathologique chez l'enfant. Paris: Gallimard, 1968.
Freud, S. Le problème économique du masochisme. Revue française de Psychanalyse, 1928, vol. 2, no 2, 211-223.
Freud, S. Au-delà du principe de plaisir in Payot (Ed.), Essais de Psychanalyse, Paris, 1951.
Freud, S. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris, P.U.F., 1951.
Freud, S. Pulsions et destins des pulsions in Gallimard (Ed.), Métapsychologie, Paris, 1952.
Freud, S. L'interprétation des rêves. Paris: P.U.F. 1967.
Freud, S. Malaise dans la civilisation. Paris: P.U.F., 1971.
Grinker, R.R.; Sr. Werble, B.; Drye, R.C. The borderline syndrome, a behavorial study of ego-functions. New York: Basic Books, 1968.
Greenson, R.R. Homosexualité et identité sexuelle. Revue française de Psychanalyse, 1965, XXIX, 343-348.
Grunberger, B. Considérations sur l'oralité et la relation d'objet orale. Revue française de Psychanalyse, 1959, XXIII, no 2, 177-197.
Guex, G. Le syndrome d'abandon. Paris: P.U.F., 1973.
Gyomroi, E.L. The analysis of a young concentration camp victim. The Psychoanalytic Study of the Child, 1963, XVIII, 484-510.
Haim, A. Les suicides d'adolescents. Paris: Payot, 1969.
Kernberg, O. Borderline personality organisation. Jour. Amer Psychoanal. Assoc., 1967, 15, 641-685.
Kestenberg, E. L'identité et l'identification chez les adolescents. Psychiatrie de l'Enfant, 1962, V/2, 441-522.
Klein, M.; Riviere, J. L'amour et la haine. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1969.
Lab., P.; Lebovici, S. Théorie psychanalytique du fantasme, in: P.U.F. (Ed), La théorie psychanalytique, Paris, 1969.
Lagache, D. Le modèle psychanalytique de la personnalité. in: P.U.F. (Ed.), Les modèles de la personnalité en psychologie, 1965.
Laplanche, J.; Pontalis, J.B. Vocabulaire de psychanalyse. Paris: P.U.F., 1967.
Lebovici, S.; Diatkine, R. Etude des phantasmes chez l'enfant. Revue française de psychanalyse, 1954, tome XVIII, no 1, 108-154.

Lebovici, S. La relation objectale chez l'enfant. La Psychiatrie de l'Enfant, 1961, III/ 1, 147-226.
Luccioni, H.; Sutter, J. De l'autorité dans l'éducation. Revue de Neuro-psychiatrie Infantile, 1974, 22 (10-11), 657-663.
Mitscherlich, A. Vers une société sans pères. Paris: Gallimard, 1969.
Mendel, G. La révolte contre le père. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1968.
Nacht, S. Intervention au colloque introduit par B. Grunberger sur "L'interprétation pré-génitale". Revue française de Psychanalyse, 1953, tome XVII, no 4, 452-457.
Pichot, P. Les tests mentaux. Paris: Coll. Que sais-je? , P.U.F., 1954.
Racamier, P.C. Etude clinique des frustrations précoces. Revue française de Psychanalyse, 1954, tome XVII, no 3, 328-350.
Racamier, P.C. La pathologie frustrationnelle. Revue française de Psychanalyse, 1954, tome XVIII, no 4, 576-632.
Rocheblave Spenlé, A.M. L'adolescent et son monde. Paris: Editions Universitaires, 1971.
Sandler, J.; Nagera, H. Aspects de la métapsychologie du fantasme. Revue française de Psychanalyse, 1964, tome XXVIII, no 4, 473-513.
Segal, A. Contribution au symposium sur le fantasme. Revue française de Psychanalyse, 1964, tome XXVIII, no 4, 507-513.
Spitz, R. De la naissance à la parole. Paris: P.U.F., 1968.
Timsit, M. Les "Etats-limites". Evolution des concepts. L'évolution Psychiatrique, 1971, 4, 679-724.
Timsit, M. Psychiatrie et psychopathologie: limites et changements. Acta psychiat. belg., 1975, 75, 7-18.
Vanthiel-Godfring, J. Réflexions sur la relation entre la mère et l'enfant dans la psychopathie. Psychiatrie de l'Enfant, 1971, XIV/2, 503-530.
Winnicott, D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1969.

4. Bibliographie se rapportant à la statistique

Cronbach, L.J. Statistical methods applied to Rorschach scores a review. Psychol. Bull., 1949, 46, 393-429.
Siegel, S. Nonparametric Statistios for the behavioral sciences. International Student Edition: McGraw-Hill Kogakusha, LTD, 1956.

TABLE DES MATIERES

pages

INTRODUCTION 3

CHAPITRE I. – Exposé de quelques modèles explicatifs de la toxicomanie ... 5

CHAPITRE II. – Revue critique de recherches récentes sur la personnalité de l'adolescent toxicomane 13

– Exposé 13

– Essai de synthèse –la personnalité de l'adolescent toxicomane 21

CHAPITRE III.– Présentation de la recherche 23

– Définition des hypothèses 23

– Méthodologie 24

CHAPITRE IV.– Résultats: analyse et discussion 39

– La structure psychologique de l'adolescent toxicomane 39

– Le niveau de symbolisation au test de Rorschach 87

– Les imagos parentales 96

CONCLUSIONS GENERALES 124

ANNEXE: Etude des milieux familiaux des adolescents toxicomanes et de consultation tout-venant 126

BIBLIOGRAPHIE 127